

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 124

TECHNIQUE, INDICATIONS ET RÉSULTATS
DE
L'OPÉRATION DE MAURICE POLLOSSON

DÉRIVATION des MATIÈRES
DANS LE
TRAITEMENT du CANCER du RECTUM

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Juin 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean de ROUGEMONT

Interne des Hôpitaux

Aide d'Anatomie à la Faculté

né au CRÉUSOT (Saône-et-Loire) le 25 janvier 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

TECHNIQUE, INDICATIONS ET RÉSULTATS DE
L'OPÉRATION DE MAURICE POLLOSSON
DÉRIVATION DES MATIÈRES DANS LE
TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 124

TECHNIQUE, INDICATIONS ET RÉSULTATS
DE
L'OPÉRATION DE MAURICE POLLOSSON

DÉRIVATION des MATIÈRES
DANS LE
TRAITEMENT du CANCER du RECTUM

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Juin 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean de ROUGEMONT

Interne des Hôpitaux

Aide d'Anatomie à la Faculté

né au CREUSOT (Saône-et-Loire) le 25 janvier 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; LATARJET, assesseur ;
BONNET et SANTY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,
E. DE ROUGEMONT

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE,
LE LIEUTENANT-COLONEL COURSENGE,
Tué à l'ennemi le 6 septembre 1914

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX :

M. LE PROFESSEUR PIC (1917),
Médecin des Hôpitaux

Externat

M. LE DOCTEUR AGRÉGÉ M. DURAND,
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR TEISSIER,
Médecin des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR DESGOUTTES,
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR L. TIXIER,
Chirurgien des Hôpitaux

Internat

M. LE PROFESSEUR V. ROCHET,
Chirurgien major de l'Antiquaille

M. LE DOCTEUR AGRÉGÉ COTTE,
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR AGRÉGÉ DURAND,
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR DESGOUTTES,
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR L. TIXIER,
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR X. DELORE,
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND
Chirurgien des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ :

M. LE PROFESSEUR LATARJET,

Professeur d'Anatomie

M. LE PROFESSEUR VILLARD,

Professeur de Clinique

M. LE PROFESSEUR PATEL,

Professeur de chirurgie opératoire

M. LE DOCTEUR AGRÉGÉ TAVERNIER,

Chef de Travaux

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON

A MON JURY

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. TIXIER,

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a inspiré l'idée de ce travail.
En témoignage de reconnaissance ; avec
l'assurance de ma respectueuse affection.

TECHNIQUE, INDICATIONS ET RESULTATS DE
L'OPÉRATION DE MAURICE POLLOSSON
DÉRIVATION DES MATIÈRES DANS LE
TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM

INTRODUCTION

Le but que nous nous proposons ici est de décrire la technique employée par M. Maurice Pollosson, dans l'établissement d'un anus artificiel destiné à assurer la dérivation complète des matières au cours du traitement du cancer du rectum, d'en préciser les indications et d'exposer les résultats qu'elle a donnés pendant une pratique de plus de 25 ans, soit au Professeur Pollosson lui-même, soit à ses élèves, et en particulier à M. le Professeur Tixier, qui nous a inspiré l'idée de ce travail.

L'énoncé du titre de cette thèse paraît dater au milieu de tant d'autres travaux qui font connaître les progrès récents, acquis à la chirurgie du cancer du rectum. Il semble que la technique de la dérivation soit une chose trop connue et que de nombreux procédés permettent son exécution, sans qu'il soit utile d'en ajouter encore un.

Comme idée même, la dérivation paraît devenir exceptionnelle, beaucoup de néoplasmes du rectum

s'opèrent aujourd'hui en un temps, et l'anus iliaque, que laisse souvent après elle une dérivation complète et définitive, paraît moins à rechercher qu'un orifice périnéal.

L'exposé de la méthode de dérivation et sa technique nous paraît justifié à plusieurs points de vue :

Avant tout, idée et technique, sont l'œuvre de Maurice Pollosson ; il fut le premier qui comprit l'importance de la dérivation dans le traitement du néoplasme du rectum. Le premier, il en précisa la technique et pendant le reste de sa vie ne cessa d'en être l'apôtre.

Son enseignement fut purement pratique et c'est oralement que se sont transmis les détails opératoires dont l'ensemble forme une technique définie. Il nous a paru intéressant de les consigner par écrit, et juste de les faire connaître.

Mais, depuis plusieurs années, cette technique a fait ses preuves et les résultats en sont assez nombreux et assez encourageants pour être connus, dans un moment où l'on cherche à établir le bilan de la chirurgie du cancer du rectum. Opération palliative ou premier temps d'une exérèse, la dérivation par la méthode de Pollosson compte à son actif un nombre intéressant de survies, et de survies parfois très longues.

Ce travail n'est pas seulement un exposé historique et le résumé statistique d'une pratique : la technique de la dérivation reste, selon nous, nécessaire à la chirurgie du cancer du rectum.

Qu'il s'agisse de l'exérèse ou du rétablissement de

la fonction, nous reconnaissons les progrès acquis : soit qu'un diagnostic médical plus précoce amène au chirurgien des cas plus favorables, ou que les opérateurs, plus familiarisés avec des techniques dangereuses, se risquent avec succès à de vastes exérèses, on a souvent cherché à extirper en un seul temps des cancers du rectum, et à abaisser au périnée le bout intestinal supérieur. On atteignait ainsi un résultat idéal : ablation large et fonction normale.

Nous avons vu, au cours de nos études, l'un de nos maîtres (1) exécuter une série impressionnante d'exérèse, avec abaissement, sans dérivation préalable, suivie d'une mortalité infime, de suites opératoires simples et de résultats anatomiques et fonctionnels satisfaisants.

Mais ces progrès techniques ne donnent pas à la chirurgie du cancer du rectum une formule définitive, à laquelle, du reste, elle ne peut prétendre. Hartmann, qui fut l'un des défenseurs de l'opération abdomino-périnéale avec abaissement, a proposé, en 1921, au Congrès de Chirurgie, une opération uniquement abdominale, à laquelle il a recours volontiers, si l'on en croit les discussions qui ont eu lieu en 1923, à la Société de Chirurgie de Paris, et dont il étend les indications à des cancers bas situés. D'autre part, du point de vue fonctionnel, tous les chirurgiens ne considèrent pas qu'il soit nécessaire de ramener toujours au périnée l'orifice de sortie des matières.

(1) M. le Dr Desgouttes, chirurgien des Hôpitaux.

La conservation possible de l'appareil sphinctérien peut seul défendre une opération dont les complications sont redoutables et malheureusement fréquentes. Hors ces cas, il est admis que l'anus iliaque définitif est indiqué et n'est pas un pis-aller.

Au milieu de ces procédés divers, la dérivation des matières, soit temporaire, soit définitive, revendique sa place. Non seulement elle est indiquée dans les cas désespérés, mais l'expérience lui confère un tel pouvoir d'amélioration de l'état local et général, que les cas jugés inopérables ont pu bénéficier de l'excrèse secondaire. Nous avons également fait précéder les opérations radicales de ce temps opératoire, ne réservant qu'à des cas très rares et particulièrement favorables l'opération en un temps.

La chirurgie ne progresse pas uniquement par le perfectionnement de son arsenal et par ses audaces anatomiques, mais par la connaissance des données de physiologie pathologique, qui tiennent compte de l'état particulier de chaque organe, de ses réactions et de sa susceptibilité. La dérivation du contenu septique, en évitant à l'intestin une infection continue, réalise pour lui un repos appréciable, qui permet l'opération dans des conditions simplifiées. Elle répond aux nécessités physiologiques de la situation, elle est à la base de toute la chirurgie du gros intestin, elle garde une part importante dans le traitement du cancer du rectum.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Pour apprécier toute l'originalité et la valeur de la méthode de Maurice Pollosson, et pour comprendre la part qui revient à son auteur dans sa conception et dans sa réalisation, il faut rappeler quelle était la chirurgie du cancer du rectum vers 1884.

Depuis longtemps déjà, les opérateurs avaient tenté d'appliquer aux tumeurs du rectum le traitement chirurgical qu'ils employaient pour les autres cancers. La période s'ouvrait de ces exérèses pour lesquelles devaient se poursuivre tant de recherches anatomiques et qui allaient s'enrichir surtout de perfectionnements techniques variés.

La voie d'abord était la voie basse, tous les procédés se rapprochant plus ou moins de celui décrit par Lisfranc, en 1826. Mais, rapidement, les opérateurs furent pris dans un dilemme insoluble : élargir les exérèses, pour augmenter les chances de succès, en évitant les récidives, si nombreuses et si rapides; n'exécuter à aucun prix l'ouverture de la séreuse péritonéale, qui amenait des désastres opératoires.

Le niveau du péritoine devint alors la frontière infranchissable ; tout au plus s'efforçait-on de mettre à nu le haut rectum, pour porter plus haut sa section ; en tous cas, un examen clinique attentif précisait les rapports de la tumeur et il était admis que les cancers dont le doigt n'atteignait pas la limite supérieure « étaient au-dessus des ressources de l'art ».

Réduite à des dimensions aussi restreintes, l'exérèse ne donnait, dans la plupart des cas, que des succès très relatifs. Le néoplasme ano-rectal se prêtait seul, par son siège, aux extirpations chirurgicales ; peut-être aussi, la nature de ces tumeurs à type cutané explique-t-elle les quelques succès qu'on comptait à cette époque.

Mais, dans l'ensemble, la majorité des chirurgiens français limitent leurs indications radicales et ont recours de préférence au traitement palliatif. Trélat et Verneuil ont exprimé sous des formes diverses l'opinion générale de leur époque dans des articles parus dans la *Semaine Médicale* de 1884.

Les exérèses dit Trélat, en parlant de ses tentatives, sont déplorables : le plus souvent, les opérations sont incomplètes et le malade court toujours de grands risques d'infection. On peut opérer les néoplasmes limité à l'anus, lorsqu'ils sont bornés aux tuniques intestinales et qu'ils ne s'accompagnent pas de ganglions. Il ne faut pas toucher aux cancers du rectum plus étendus, tant qu'ils ne produisent pas d'accidents.

Mais alors qu'on peut éluder un malade porteur d'une tumeur quelconque, on était obligé malgré tout

d'intervenir chez des gens porteurs d'une lésion obstruant plus ou moins complètement la partie terminale du tube digestif. C'est alors qu'on avait recours à la série des opérations palliatives :

La dilatation, rapidement abandonnée, à cause des phénomènes douloureux et des accidents d'infections suraiguës qu'elle entraînait.

La rectotomie linéaire, que Trélat pratiquait volontiers dans tous les néoplasmes dont le doigt n'atteignait pas la limite supérieure, mais qui exposait assez fréquemment à de redoutables complications.

La colotomie enfin, que le même chirurgien exécutait par voie lombaire et qui lui donnait, à cette époque, plus de satisfaction que l'extirpation.

Verneuil n'est guère plus hardi. Présentant un malade de 53 ans, atteint d'un cancer à limite supérieure inaccessible, il « rejette jusqu'à l'idée d'une ablation », l'ouverture du péritoine est dangereuse et le succès douteux. La colotomie est pour lui la méthode de choix, mais il la pratique dans la fosse iliaque gauche, technique dont il est l'un des novateurs et qui donne à ses opérés une survie appréciable et tout au moins supportable.

A la même époque, les Allemands se distinguaient par une plus grande audace opératoire. C'est le moment où Kocher adoptait la résection systématique du coccyx, où Kraske exécutait ses premières interventions par voie sacrée, où Kœnig et Czerny opéraient les premiers par voie combinée. Ni les adhérences, ni l'extension, ni l'ouverture du péritoine n'ont arrêté leurs essais. Les résultats, par contre,

ne sont pas encourageants : Kraske, après deux succès, a deux morts par péritonite. Koenig et Czerny perdent l'un et l'autre leur malade. Celui de Koenig n'a pas de péritonite, mais un vaste abcès stercoral dans le tissu cellulaire du pelvis.

Kröenlein, Bergmann, Kocher accusent une mortalité de plus de la moitié des cas pour les seuls phénomènes infectieux locaux ou généraux, complications pulmonaires mises à part.

Maurice Pollosson, qui soutenait, en 1883, sa thèse d'agrégation sur le traitement de l'anüs contre nature, avait lu la plupart des travaux parus à cette époque sur le traitement du cancer du rectum ; ses recherches se complétaient, lorsqu'il fut, l'année suivante, chargé d'argumenter sur ce sujet même la thèse de Piéchaud. En prenant de la question une vue d'ensemble, il fut frappé de l'importance considérable des phénomènes infectieux dans les causes de mortalité après les opérations pour tumeur du rectum ; il annota la thèse de son collègue de cette façon : « Danger dans difficulté
« de méthode antiseptique. Ne pourrait-on pas le
« supprimer par colotomie lombaire et occlusion du
« bout inférieur ? » Il proposait cette technique pour un double motif : d'une part, l'anüs de Callisen était celui qu'on exécutait le plus volontiers à cette époque ; d'autre part il avait lu dans un rapport de Louis que Littre avait ainsi obturé un anus herniaire et que cette exclusion du bout inférieur était compatible avec la vie.

Exclure de façon absolue du trajet des matières la partie malade du tube digestif, pour en éviter

l'infection, telle fut l'idée première de la dérivation. Idée et technique se précisèrent par la suite.

Le 2 mai 1884, aidé de Létievant, il exécuta sur un malade atteint d'une tumeur inopérable, l'opération suivante : incisant la fosse iliaque gauche, il sectionna complètement l'intestin, obstrua à la suture le bout inférieur qu'il fixa cependant dans l'angle de la plaie « pour plus de sûreté » et ouvrit à la peau, en guise d'anus terminal, l'autre extrémité intestinale. Les suites ne furent pas celles qu'il espérait : il escomptait la possibilité d'une exérèse secondaire, mais son opéré fut emporté trois mois après par l'extension même de son mal. Cependant, M. Pollosson eut la satisfaction de vérifier le bien-fondé de ses hypothèses : les douleurs dont souffrait le malade disparurent avec la dérivation, le volume de la tumeur avait diminué de moitié, l'abouchement après section était réalisé sans incident.

Sur ce seul cas, il publia deux fois ; le 5 mai 1884, il expose ses idées à la Société de Médecine de Lyon, et dans le courant de la même année, inspire à son élève Laguaitte la thèse qui constitue pour beaucoup d'opérateurs la seule documentation sur cette question.

Dans ces deux travaux se trouve précisé le but de la dérivation, sa technique, et posées certaines indications.

Le cancer du rectum « présente un cachet de gravité qui lui est propre et qui tient à la situation régionale du néoplasme ». « Il est situé sur un organe « destiné au passage, au séjour, à l'expulsion des

« matières fécales, qui, on le sait, jouissent d'une
« influence irritative exceptionnelle sur les tissus
« soit normaux soit pathologiques ; quand on inter-
« vient pour le cancer rectal, on agit *dans une la-*
« *trine*, avec tous les dangers de l'infiltration ster-
« corale dans les tissus du périnée de l'épanchement
« **fécal** dans le péritoine. Si l'on parvenait, par un
« artifice opératoire, à modifier un tel état de chose,
« les interventions deviendraient moins **dangereu-**
« **ses** et seraient plus souvent indiquées et mises en
« pratique. Tel est le but que je vise et atteins peut-
« être par la méthode opératoire que je vais proposer.
« Elle réalise *la transformation d'une tumeur du*
« *rectum en une tumeur du petit bassin*, dont l'abla-
« tion pourra être effectuée avec toutes les ressour-
« ces du pansement antiseptique. Ce but la distin-
« gue de tout ce qui a été tenté jusqu'à ce jour contre
« le cancer du rectum, bien qu'elle se compose d'ac-
« tes fondamentaux et mis en œuvre par les chi-
« rurgiens. »

Tel est, exposé de façon on ne peut plus explicite, le but de l'opération, et comme tel, Pollosson fut le premier à en concevoir les avantages.

Du point de vue technique, elle sera le premier temps d'une exérèse ultérieure. On voit que Pollosson a abandonné l'idée de créer un anus au niveau des lombes. L'anüs de Callissen « ouvre une voie nouvelle aux matières, sans les empêcher de suivre l'ancienne », d'autre part, la fermeture du bout inférieur est très difficile dans la région lombaire ; au contraire, elle est aisée dans la fosse iliaque gauche,

et c'est là « la seule et unique raison qui a fait choisir » cette région.

Quant à l'oblitération du bout inférieur, Pollosson prévoyait déjà qu'elle ne persisterait pas dans sa technique ; il fait écrire à Laguitte, dans ses conclusions : « Si l'on avait quelque espoir de rétablir ultérieurement la continuité du tube intestinal, au lieu de fermer le bout inférieur, on le fixerait simplement à l'ouverture abdominale, comme on le fait pour le bout supérieur. On créerait ainsi un éperon suffisant pour s'opposer à la circulation des matières, mais susceptible d'être sectionné à l'entérotome. »

Enfin, fixant les indications de sa méthode, Pollosson disait : « Elle ne s'applique pas aux tumeurs qu'on peut extirper par une opération relativement facile, mais à celles qu'on redoute d'opérer à cause de l'infection, et aux tumeurs absolument inopérables, cette fois en qualité d'opération uniquement palliative. » Elle aura, sur la colotomie latérale l'avantage de dériver les matières de façon absolue et de ne pas tendre à se fermer spontanément.

Si nous avons insisté sur ces différents points, c'est pour montrer que, dès 1884, Maurice Pollosson avait compris l'importance capitale de la dérivation ; il pensait même donner à la thèse de son élève une extension bien plus considérable et traiter « de la dérivation en chirurgie ». Opération palliative, opération préparatoire, reposant sur l'action de la mise à sec de l'intestin, cure radicale possible, tous les principes de la chirurgie du rectum et même du gros intes-

tin avaient été pressentis et, pour certains, précisés.

Ce que Pollosson a publié par la suite, ne comporte que des mises au point théoriques et des précisions techniques. Du reste, il publia peu et c'est à cause de ce silence relatif que l'on considère souvent la méthode de Pollosson comme la section avec anus terminal et fermeture du bout inférieur, technique qu'il abandonna presque aussitôt.

En 1885, il propose sa méthode au Congrès de Chirurgie, sans y ajouter d'autres détails ; dans la discussion qui suivit, il fut pris à parti par Verneuil, qui s'éleva contre la fermeture du bout inférieur.

Pendant près de dix ans, jusqu'en 1893, Pollosson pratiqua peu la dérivation ; il l'exécuta assez souvent à titre d'opération palliative, mais n'eut pas l'occasion, dit-il, de pratiquer une exérèse (1). Il semble surtout qu'il ne se soit pas senti assez en possession de sa technique pour imposer un anus qu'il prévoyait définitif dans la plupart des cas à des malades qui n'en acceptaient pas l'idée.

Mais, en 1897, au Congrès de Chirurgie, il expose avec une précision qui dénote une expérience suffisante les indications et quelques points techniques d'un procédé qu'il devait désormais utiliser jusqu'à la fin de sa carrière.

La dérivation est la condition première de toute extirpation d'un cancer rectal. Elle est donc étendue dans ses indications, non plus seulement aux formes compliquées, mais aux cas simples ; « il y a peu d'ex-

(1) Leçons de clinique chirurgicale : Georg, éditeur, Lyon.

ceptions à cette règle sévère. Dans la majorité des cas, l'anus iliaque sera définitif » ; temporaire, « il est une concession opportuniste à une mesure exceptionnelle ».

Si le malade accepte mal la double opération et l'anus définitif, c'est à la conviction du chirurgien à l'imposer.

Ainsi, depuis quatre ans, Pollosson a acquis l'expérience suffisante de son procédé pour en connaître les avantages. Il a dû voir survenir de ces transformations étonnantes, qui ont affermi sa conviction, puisqu'après avoir réservé les cas simples à l'exérèse primitive, il fait maintenant de la dérivation un temps indispensable.

Il a vu aussi que le fonctionnement de l'anus iliaque est satisfaisant, car il déclare le préférer à l'anus périnéal, succédant au Lisfranc ; et c'est fort de son expérience et de sa foi qu'il arrive à imposer la double opération à une époque où elle était encore inconnue.

L'anus doit être terminal. Rien ne doit passer dans le bout inférieur. A l'occlusion de ce dernier, il préfère l'accolement des deux orifices libres en canon de fusil de chasse.

Il lui arriva, en effet, ayant affaire à un sigmoïde très mobile, de méconnaître un retournement de l'anse et d'obturer le bout supérieur.

De plus, l'ouverture du bout inférieur, dit-il, permet les lavages et la désinfection, laisse libre le cours des sécrétions. si le néoplasme obture l'intestin.

Ce fut là la dernière publication de Maurice Pollosson. Entouré de ses élèves, il continua à pratiquer la dérivation, soit comme temps préliminaire, soit comme opération unique. Ses collaborateurs, en conservant ses indications, modifièrent la technique selon les leçons de leur propre expérience.

La fermeture de l'anus artificiel leur parut peu indiquée ; aussi, n'effectuèrent-ils plus l'accolement des orifices en canon de fusil, mais ils les séparèrent par un pont aponévrotique et même cutané (Audry). En éloignant ainsi les deux orifices intestinaux, on rendait plus facile l'exérèse secondaire, qui trouve d'assez fréquentes indications, et dans les cas d'extension néoplasique, on mettait à l'abri le bout supérieur.

Ainsi modifiée, la méthode de Pollosson fut appliquée pendant de nombreuses années ; l'histoire de son évolution peut inspirer utilement les opérateurs, selon la nécessité des circonstances.

Pollosson fut-il le premier, fut-il le seul à concevoir la dérivation et à l'exécuter ? Même sans aucun renseignement, il serait permis de supposer le contraire : quand des hommes de valeur sont aux prises avec des difficultés qui sont propres à une époque, il est de règle que plusieurs d'entre eux envisagent en même temps une solution identique.

Trélat, Verneuil, en préconisant la simple colotomie, avaient déjà l'intuition de la thérapeutique de dérivation. Verneuil, qui avait pu une fois « simplifier l'état local en mettant une sonde dans le rectum », faisait ainsi une sorte de dérivation.

Madelung, en 1884, proposait à titre d'opération

palliative, dans les cas inopérables, la section du côlon sigmoïde, l'abouchement du bout supérieur à la peau et la fermeture du bout inférieur, qu'il enfouissait dans la cavité abdominale.

Schede, en 1881, et en 1887, après une résection sacrée suivie de désunion, proposa l'anús iliaque comme premier temps de l'exérèse et sa fermeture secondaire.

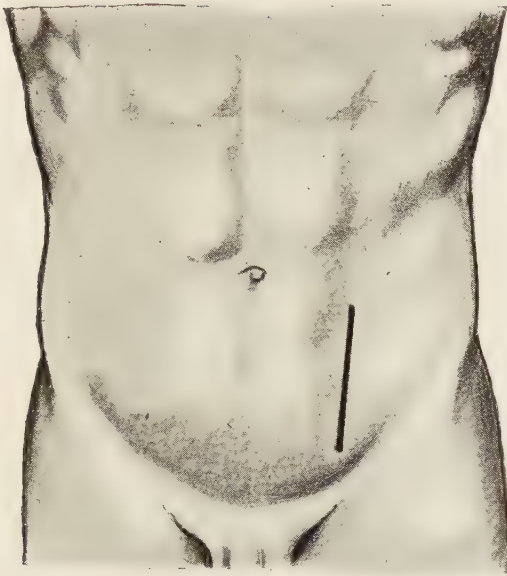
Laffont, en Angleterre, proposait, en 1872, une opération à peu près identique (1).

Cette question de priorité dans la découverte d'un procédé est secondaire. Ce qui donne une valeur à une recherche scientifique, c'est moins son idée que l'application dans le domaine pratique. Il y a eu de tout temps des idées splendides qui restèrent longtemps stériles. Avoir compris l'importance de la dérivation, c'est un point ; mais avoir pu triompher des difficultés matérielles, avoir modifié, modelé son procédé, pour donner au bout d'un certain nombre d'années une pratique utilisable et déjà féconde en résultats, voilà ce qui doit, à notre avis, faire d'un homme le véritable auteur d'une méthode.

Si d'autres ont eu l'idée, c'est à Pollosson que revient le mérite d'en avoir fait naître un procédé digne de ce nom et de cristalliser sous une forme définie que lui imposait sa personnalité propre, les idées éparses et imprécises de son époque.

(1) Cité par Pollosson lui-même dans ses leçons cliniques.

FIG. 1.



Tracé de l'incision de laparotomie.

CHAPITRE II

Technique. ⁽¹⁾

L'anesthésie générale est nécessaire. Nous avons employé, sauf rares exceptions, l'éther, précédé de chlorure d'éthyle.

I. — MANUEL OPÉRATOIRE

Premier temps : Incision cutanée

Elle sera parallèle au bord externe du grand droit, à deux centimètres environ, et très longue : parcourant toute la fosse iliaque gauche, depuis la région inguinale jusqu'à la hauteur de l'ombilic (fig. 1). L'hémostase superficielle sera soigneusement faite, à cause des ensemencements possibles.

Deuxième temps : Incision aponévrotique

Elle intéresse non pas la gaine du grand droit, mais l'aponévrose du petit oblique et du transverse, à l'imitation de l'incision de Max Schüller pour l'appendicectomie. Etant donné sa longueur, elle croise un ou deux filets nerveux, qui traversent la

(1) Les dessins sont dus à l'amabilité et au talent de M. le Professeur Agrégé P. Bonnet.

partie moyenne de son parcours. On les ménage le plus possible ; ceux qui sont placés aux extrémités sont dégagés et réclinés.

Ligature des vaisseaux épigastriques

A la partie inférieure de l'incision apparaissent l'artère et la veine épigastriques, qu'il faut épargner pendant la section, dont on fera la ligature et qu'on coupera sous le contrôle de la vue, de façon à dégager complètement cette partie inférieure de l'incision.

Troisième temps : Ouverture du péritoine

Dès son ouverture, le feuillet pariétal sera soigneusement repéré par six pinces.

Quatrième temps : Exploration

Les lèvres de la plaie étant largement écartées par de grandes valves et le malade basculé en position inversée, l'opérateur saisit le côlon sigmoïde et l'attire dans la direction de l'ombilic. L'intestin ainsi tendu est soigneusement inspecté, puis palpé.

On note le siège, l'existence, l'étendue de la lésion, son adhérence aux organes voisins et plus spécialement à la vessie, la présence du ganglion, l'état du péritoine.

Cinquième temps : Repérage

Sur l'anse sigmoïde, en face du bord mésentérique, le plus près possible du côlon descendant, on place une pince de Duval, qui repère le point de la future section. Il sera tel que l'anse ainsi délimitée puisse s'extérioriser sans traction exagérée sur le méso. De

part et d'autre de l'anse, on suture le péritoine en haut et en bas.

Sixième temps : Section de l'intestin

Après avoir refoulé dans le bout supérieur les matières qui peuvent se trouver dans la portion extériorisée, on place l'écraseur de Pauchet, où l'on passe deux fils de soie séparés, qu'on aiguille au ras du bord mésentérique et qu'on noue solidement. L'intestin est sectionné, les tranches passées à la teinture d'iode.

Septième temps

Avec d'autres instruments, le méso-côlon est sectionné sur une longueur variable, qui permette un écart suffisant des deux bouts intestinaux, mais n'atteigne pas le vaisseau parallèle ; l'hémostase se fait par suture de la tranche au catgut, le plus près possible du bord ; elle est parfois inutile, à cause de la longueur des vaisseaux droits entre lesquels ont passé les ciseaux et de la distance qui sépare l'intestin du vaisseau parallèle. Les côlons sigmoïdes, à méso longs, sont ceux qui présentent ces dispositions anatomiques (Mondor et Chalier).

Huitième temps : Suspension du méso

Les deux extrémités intestinales sont écartées au maximum ; la tranche de section mésentérique monte à la surface et présente son extrémité profonde. On passe un fil de soie, qui plonge dans la lèvre aponevrotique, charge le péritoine, traverse le méso un peu en-dessous de la section et remonte vers la sur-

face, en franchissant les plans symétriques (fig. 2).

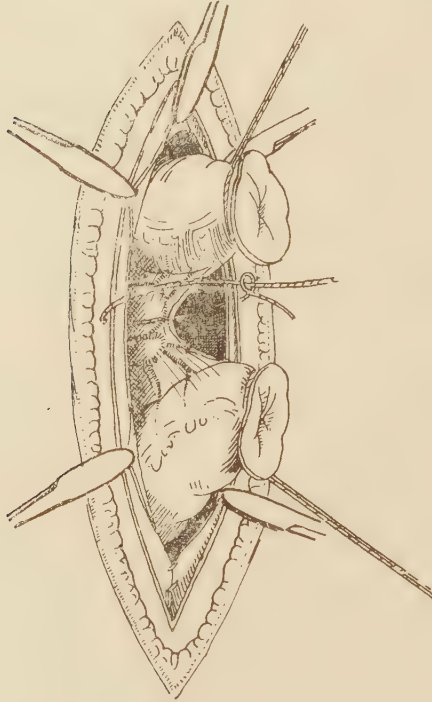


FIGURE 2

Le fil noué solidement suspend le méso-côlon et sépare les extrémités intestinales par un pont séro-aponévrotique qui sera complété dans les temps suivants.

Neuvième temps : Suture séreuse

1° Chaque extrémité intestinale est unie au péritoine par quatre ou cinq points en U n'intéressant que la séreuse. Ces points ont l'avantage d'éverser

la lèvre péritonéale en dehors et de favoriser la coalescence.

2° Dans l'intervalle, le péritoine est fermé par un surjet au catgut.

Dixième temps

Les aponévroses sont de même rapprochées par des points séparés, jusqu'à serrer légèrement les lumières de l'intestin, sans toutefois les étrangler (fig. 3).

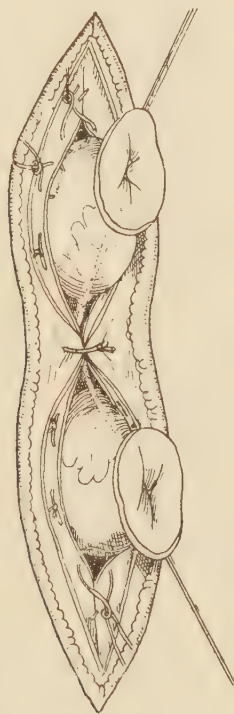


FIGURE 3

Onzième temps : Fixation de l'intestin

Quatre ou cinq points perforants fixent l'intestin à l'aponévrose et assurent son amarrage. Quand la paroi est épaisse, on peut avec avantage traverser le tissu cellulaire avant l'aponévrose et après elle, de façon à supprimer autour du futur orifice l'espace mort sous-cutané si facilement infecté (fig. 4).

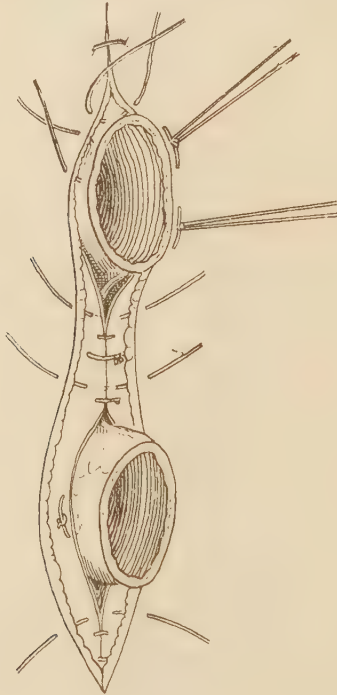


FIGURE 4

Douzième temps : Fermeture de la peau

Si le sujet n'est pas trop gras, si la tranche de section ne saigne pas et si la plaie n'a pas été souillée, on fermera la peau de la façon suivante :

Aux deux extrémités, un point au crin intéressant la peau et l'aponévrose, écrasera le tissu cellulaire et supprimera cette zone béante (fig. 4).

Entre les deux orifices, un ou deux points accrocheront l'aponévrose, applatiront le matelas graisseux et dégageront l'anus artificiel.

Eversement

Quatre longs crins seront passés dans la séreuse et dans la peau, à l'extrémité de deux diamètres, et

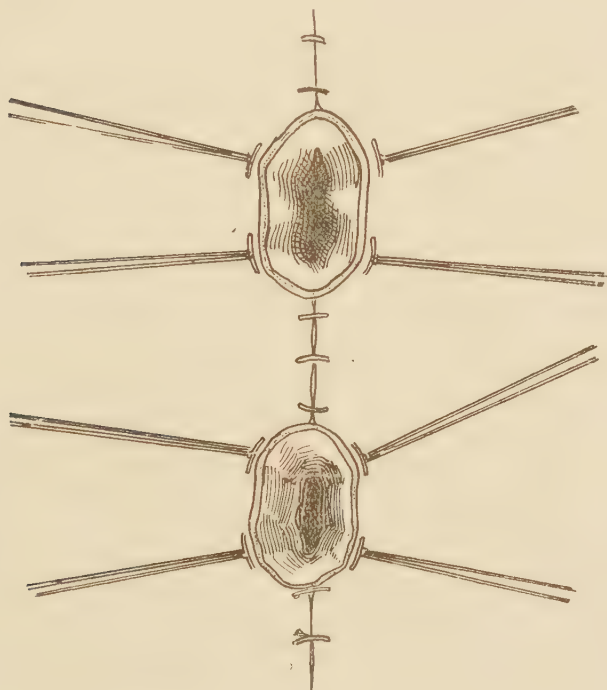


FIGURE 5

collés à la surface cutanée, de façon à éverser l'orifice du futur anus (fig. 5).

L'opération terminée, on enduit la peau de la région à la pommade à l'oxyde de zinc, quelques compresses froissées protègent l'anus, qui sera recouvert d'une grande gaz en bavolet ou d'un bandage de corps peu serré.

II. — CRITIQUE

Le premier point particulier à cette technique est certainement la grande dimension de l'incision.

Sa situation en dehors de la gaine du droit évite la possibilité de l'infection. La ligature des vaisseaux épigastriques, faite à ciel ouvert, est plus prudente ; elle permet un agrandissement considérable de l'incision vers la région inférieure de la fosse iliaque. Une semblable manière de faire n'offre à nos yeux aucun inconvénient ; nous n'avons jamais observé d'éventration précoce ou tardive, même chez les malades qui avaient présenté quelques phénomènes d'infection locale.

Par contre, elle est indispensable pour exécuter l'exploration du bassin. Il ne s'agit donc plus ici d'une simple reconnaissance de l'anse sigmoïde qu'on attire rapidement au dehors pour la fixer, mais d'un examen méthodique et complet des lésions à la faveur de l'intervention préliminaire.

L'existence même de la tumeur est loin d'être complètement affirmée par la seule clinique : il arrive qu'on découvre par l'exploration qu'il s'agit d'une erreur de diagnostic et que l'on modifie la thérapeutique, en conservant des espérances plus encourage-

geantes. Le siège de la lésion est également reconnu : sans parler des tumeurs trop hautes pour être atteintes par le rectum ou qui se dérobent à l'exploration abdominale chez les sujets obèses, on peut découvrir des lésions péri-intestinales simulant un cancer du rectum.

L'extension est connue dans ses limites précises, plus particulièrement du côté de la vessie. On note également l'existence de généralisations au péritoine, le nombre et le siège des ganglions.

Le plus souvent, on trouve à l'exploration des lésions beaucoup plus importantes que le toucher rectal ne le laissait prévoir. Il est plus rare d'avoir la surprise de constater la limitation inattendue du néoplasme.

Ces constatations sont du plus haut intérêt pour décider de la conduite à tenir : opération palliative, exérèse ultérieure, opération en un temps. Il est certain que la pratique de l'opération par voie combinée permet cette exploration primitive, mais qu'on veuille bien songer que la plupart de nos malades ont été opérés à une époque où les interventions étaient surtout pratiquées par la voie basse.

Dans bien des cas alors, et la plupart ne sont certainement pas publiés, le chirurgien a dû battre en retraite devant une opération rendue impossible par des extensions trop considérables ou des difficultés d'ordre anatomique insurmontables, en se contentant d'une exérèse très imparfaite. Cette difficulté dans l'appréciation du degré d'envahissement et dans la liberté des manœuvres terminales, comme l'abais-

sement du bout supérieur, n'existe pas quand on pratique comme premier temps une exploration abdominale méthodique.

L'établissement d'un anus artificiel avec section de l'intestin nécessite une mobilité suffisante de ce dernier et une incision assez longue de son méso. Lorsque ce dernier est court, l'intestin, plaqué contre la fosse iliaque, il ne faut pas hésiter à pratiquer le décollement, de façon à rendre à l'anse une mobilité qu'elle a connue et qu'il est indispensable de retrouver. Nous avons eu l'occasion d'exécuter souvent la manœuvre de P. Duval, qui nous a permis de réaliser l'opération de la dérivation dans des cas difficiles.

Sur un côlon sigmoïde ainsi mobilisé, il faut choisir le niveau de la section le plus près possible du côlon descendant. Cette manière de faire laisse à une importante portion de l'intestin une liberté indispensable à une excrèse secondaire.

En éloignant l'anus de la lésion, elle évite ou retarde un envahissement secondaire que nous avons pu parfois constater.

Enfin elle donne au bout supérieur une fixité telle que le prolapsus ne doit pas se produire.

La section du méso est un des facteurs important de l'établissement de l'anus, de sa profondeur dépend l'écartement des deux orifices qu'on peut avoir intérêt à rendre assez considérable, si l'on envisage une ablation ultérieure. Il peut être nécessaire de poursuivre la section au delà du vaisseau parallèle; cette pratique n'entraîne aucun ennui autre qu'une

hémostase supplémentaire, la nutrition de l'intestin reste assurée. Nous avons vu pratiquer par M. le Professeur agrégé Bonnet la ligature préalable des vaisseaux par transfixion. Le fil passé en U dans le méso, en arrière du vaisseau parallèle, est fixé ensuite à la lèvre externe de l'incision ; l'hémostase de la tranche est faite comme à l'ordinaire, mais l'avantage est que le méso, attiré en dehors, se plaque contre la fosse iliaque et supprime un espace qui est parfois le siège de suppurations.

Ce procédé n'entraîne aucun trouble ischémique grave, mais une modalité particulière dans la cicatrisation des extrémités intestinales.

Les seules difficultés que rencontre ce temps opératoire tiennent à la nature du méso : les méso maigres laissant voir deux vaisseaux, les méso gras, au contraire, ne révèlent qu'à la section une vascularisation souvent abondante et dont l'hémostase est toujours ennuyeuse.

Nous avons insisté à plusieurs reprises, au cours de la description technique, sur la nécessité de supprimer les espaces morts du tissu cellulaire : l'infection de ce dernier est particulièrement à surveiller.

Après avoir essayé tout d'abord la fixation à la peau de la muqueuse intestinale éversée, ce qui occasionnait de fréquentes infections de la plaie, peu graves si elles sont surveillées, mais retardant la guérison, M. Tixier a pratiqué la fixation de la peau à la séreuse, pensant ainsi éviter l'infection, en ne perforant pas la muqueuse. Il n'en fut rien. Il fut alors amené à pratiquer la fixation de la séreuse à

l'aponévrose, de façon à assurer la fixité de l'extrémité intestinale et à aplatir le tissu cellulaire par un point cutané-aponévrotique.

La peau, déprimée en ombilic au tour de la région de l'orifice protège des souillures le tissu graisseux. C'est à cette dernière pratique que s'est arrêté M. Tixier, lui ayant trouvé l'avantage d'éviter les infections secondaires.

III. — SUITES OPÉRATOIRES

Normalement, il est rare de voir l'extrémité supérieure donner issue à des matières dans les heures qui suivent l'intervention.

Même lorsqu'on lève la ligature ou qu'on désunit les lèvres intestinales confondues par l'écraseur, il ne sort rien. Une débâcle survenant à ce moment est d'un pronostic fâcheux, moins à cause de l'infection de la région que parce qu'elle traduit une parésie de l'intestin, signes d'intoxication grave.

C'est au bout de 24 heures, parfois davantage, que le malade ressent les premières envies et constate que son pansement est souillé. A partir de ce moment et pendant une période parfois assez longue, l'intestin se vide de façon presque ininterrompue.

Il existe, le plus souvent, une stase fécale assez prononcée et dont la liquidation a lieu à cette période.

Il semble également qu'il y ait une sorte de réaction de l'intestin à cette situation nouvelle et que, dans les premiers temps, sa sensibilité soit assez exagérée : c'est ainsi que le moindre attouchement

de l'orifice au cours des pansements amène l'issue des matières à l'extérieur.

Si de grosses scybales ont été perçues dans le bout supérieur au moment de l'intervention, et si les gaz ont du mal à s'échapper, on peut, dès le deuxième jour, à l'aide d'une sonde molle, injecter doucement et sans pression un peu d'eau tiède dans le bout supérieur pour leur ouvrir la voie. S'il n'y a pas de contre-indication venant de l'état général ou de signes de stercorémie, on peut au contraire favoriser, pendant les deux premiers jours, le repos intestinal par l'administration d'une légère potion opiacée ; le plus souvent, dès le troisième jour, l'évacuation des matières et des gaz est suffisante pour soulager le malade et permettre une prudente reprise de l'alimentation liquide.

Quelquefois, la période qui suit l'établissement de l'anus est plus mouvementée. Chez les malades opérés en état de sub-occlusion, on note une rétention des matières, avec un peu de réaction péritonéale, ballonnement, vomissements et aggravation de l'état général, comme si le traumatisme opératoire avait déclenché au niveau de cet intestin fragile un iléus complet.

Il est bon de s'assurer par une exploration dans le bout supérieur qu'il ne s'agit pas d'une sténose due à l'étranglement de l'intestin au niveau de l'anneau aponévrotique.

Le plus souvent, cette sonde ne donne issue à aucune matière, mais à quelques gaz. La situation cède parfois brusquement, elle nécessite rarement l'établis-

sement d'une cœcostomie qui dégage l'intestin grêle également paralysé dans ces cas complexes et dont l'inertie aggrave beaucoup le pronostic.

Malgré les chances d'infection, qui peuvent être consécutives à un ensemencement opératoire, assez rare du reste au cours de la section intestinale, ou à la souillure de la plaie par des matières, il n'est pas rare d'observer des réunions *per primam*, qui réalisent l'évolution idéale.

Il est ordinairement indiqué de purger l'opéré le sixième ou cinquième jour ; l'évacuation est le plus souvent très aisée. Le soir du jour de la purgation, ou le lendemain, on enlève les grandes anses de crin qui éversent les orifices.

A partir de ce moment, une alimentation rapidement copieuse peut être instituée.

Si le malade accuse quelques épreintes et quelques faux besoins d'aller à la selle, on peut, dès le deuxième jour, laver doucement l'ampoule rectale à l'aide d'une sonde introduite par l'anus normal. C'est exceptionnel.

Le dixième jour, on commence les lavages du bout inférieur. Le malade étant placé sur un pelvi-cuvette, on introduit dans l'orifice inférieur une sonde rectale en caoutchouc rouge et l'on fait passer un courant d'eau chaude avec de la mauve. Dans quelques cas, le malade éprouve une sensation de plénitude et chasse par l'anus naturel une partie du liquide ; on peut aider à réaliser la vidange du bout inférieur en introduisant une autre sonde au périnée. Dans quelques cas, le lavage peut avoir lieu par en bas.

Si le liquide ne sort pas par l'an^{us} périnéal, on évitera de mettre l'intestin sous tension ; une canule à double courant peut rendre des services ; on n'oubliera pas de laver ensuite la partie inférieure du rectum. On a avantage à utiliser des solutions très diluées de permanganate de potasse ou de liqueur de Labarraque. Ces antiseptiques légers ajoutent par leur action chimique à l'action mécanique du lavage. Ces lavages sont assez pénibles pour le malade ; ils nécessitent une position incommode, qui risque de le refroidir ; enfin, cette mise en tension fatigue. Ils sont assez longs et l'écoulement du liquide l'affaiblit un peu, tout au moins les premières fois.

Il est bon de les espacer et de les faire tous les trois jours. Le malade s'y accoutume fort bien, en apprécie les heureux effets et réclame lui-même cette désinfection qui le soulage et qui, dès lors, peut être quotidienne. Dès les premières irrigations, cessent les épreintes pénibles que ressentent la plupart des opérés avant l'intervention. Plus de douleurs. Plus de faux besoins. La température tombe ; l'état subfébrile, où se trouvent beaucoup de porteurs de ces néoplasmes disparaît ; avec lui, cesse l'intoxication générale, le teint rosit, l'appétit revient, la langue se dépouille et l'haleine se purifie. Localement, la tumeur se modifie, les phénomènes inflammatoires tombent et les douleurs disparaissent.

M. Tixier raconte que dans plusieurs cas, la fonte du néoplasme avait été si considérable que, lors de l'exécution du deuxième temps, il avait eu de la peine à retrouver une tumeur reconnue antérieure-

ment très volumineuse, au point d'avoir eu l'angoisse d'une erreur de diagnostic ; seule, l'ouverture de la pièce opératoire l'a rassuré.

Il est bon de commencer de bonne heure l'éducation du nouvel anus. Si possible, le pansement sera fait le matin, à heure fixe ; un léger lavage administré dans le bout supérieur provoque une évacuation et amène par sa répétition une sorte de régularisation, qui est des plus appréciable.

IV. — ACCIDENTS

Sans parler des complications péritonéales, qui sont dues plutôt à la gravité de l'état du malade, l'évolution post-opératoire d'un anus de Pollosson peut être entrecoupée d'incidents d'importance variable.

a) *Accident immédiat*

L'infection de la plaie doit être surveillée avec grand soin ; nous n'avons pas observé de vaste phlegmon sous-cutané avec décollement, mais des abcès localisés aux tissus cellulaires, avoisinant la région opératoire.

Il faut redouter l'apparition de la moindre rougeur et faire sauter les crins cutanés dès que la peau tend sur les fils. On évite une complication qui peut être grave et qui nuit en tous cas au bon établissement de l'anus et à la régularisation des orifices.

Nécrose des orifices. — L'extrême bord de la muqueuse et de la musculo-séreuse s'élimine souvent après une période de nécrose. Soit qu'il s'agisse de troubles vasculaires dus à la ligature de l'intestin

lui-même, ou à la pose de l'écraseur ; soit que la section du méso ait privé une partie de l'intestin de ses vaisseaux. Cette région est toujours limitée. Parfois a lieu une véritable élimination en bague, qui laisse alors un orifice au ras de la peau, beaucoup plus pratique au point de vue de l'appareillage et de la propreté.

b) *Accidents tardifs*

Bien qu'on ait épargné autant que possible les filets nerveux, les opérés présentent assez souvent une distension parétique du grand droit, se traduisant par une bosselure augmentant sous l'effort de la toux en station verticale ; cette distension n'est pas générale et ne détermine pas de prolapsus des orifices, si l'on a soin de suturer minutieusement les aponévroses, surtout entre les deux orifices intestinaux.

Prolapsus. — C'est un accident plus tardif et qui porte très rarement sur l'orifice supérieur, si l'on a pris soin de sectionner l'intestin le plus près possible du côlon descendant. Il est plus fréquent de le voir se produire sur le bout inférieur, mais ce prolapsus est souvent de faible dimension et n'entraîne du reste aucun trouble. On peut y remédier en pratiquant sur la muqueuse des cautérisations linéaires radiées, qui affaissent petit à petit ce prolapsus et le fixent par les tractus fibreux qui succèdent à la cicatrisation. Si cela est insuffisant, on peut cercler étroitement l'orifice qui n'a aucun rôle dans la défécation.

Sténose des orifices. — Elle ne se voit jamais sur le bout supérieur, mais n'est pas rare sur l'inférieur, surtout lorsqu'on a pratiqué une exérèse secondaire et qu'on a laissé en place un petit cul-de-sac ouvert à la fosse iliaque ; souvent alors l'orifice s'oblitére et le petit segment ainsi exclu s'atrophie, comme cela se voit dans certaines exclusions bilatérales ouvertes. Cette heureuse évolution permet une simplification de l'appareillage.

Envahissement secondaire de l'anus. — Il ne s'agit pas d'une extension de proche en proche :: si l'anus est assez éloigné de la tumeur, cette éventualité ne se produit pas, mais on peut observer d'une part une cancérisation de l'orifice, qui peut être due à un ensemencement opératoire, d'autre part, dans certains cas de sténose du rectum de nature indéterminée, nous avons vu le processus atteindre l'orifice inférieur, puis apparaître plus tard au niveau de l'autre. Une pareille éventualité peut conduire à pratiquer la dilatation ou même à reporter plus haut l'orifice de sortie des matières.

En résumé, cet anus ne comporte pas pratiquement de suites fâcheuses. Son ouverture immédiate et l'étanchéité du péritoine permet une action rapide. Jamais on n'observe les sténoses progressives qui se produisent dans les fistulisations latérales, ni ces vastes prolapsus malpropres et dangereux qui succèdent si souvent aux cœcostomies et qui ne permettent jamais à ces orifices de jouer le rôle d'anus définitif.

IV. — INCONVÉNIENTS

Cette opération en comporte, et il est juste de les reconnaître :

1° *Dans son exécution*, la durée de l'opération est relativement longue, comparée aux autres procédés qui gagnent à la fois sur la faible dimension de l'incision, l'absence d'exploration et la durée moindre du temps de fixation. Nous préférons, quand l'état du malade le permet, garder la laparotomie exploratrice et la fixation des deux extrémités à une distance convenable. Il reste entendu que cette technique n'est pas celle d'un anus d'urgence et n'est pas à utiliser dans les cas d'occlusions aiguës, où le volume des anses peut gêner toutes les manœuvres et l'intestin grêle fait irruption au dehors, ce qui aggrave beaucoup les pronostics opératoires.

2° *Par sa nature*, c'est un anus anatomiquement et physiologiquement incontinent, ce en quoi il ne diffère d'aucun autre anus artificiel. Exception faite pour les opérations dans lesquelles le sphincter anal a pu être conservé et utilisé, tous les procédés aboutissent au même résultat : la sensibilité demeure, le malade a la sensation de besoins, mais ne peut empêcher l'issue des matières. Toutefois, tout malade porteur d'un anus artificiel peut éduquer son intestin et régler ses évacuations. Mais il est secondé, dans l'opération de Pollosson, par la présence de l'anneau aponévrotique, qui lui donne une continence relative. De plus, s'il doit être appareillé, l'anus iliaque l'est plus facilement que tout autre.

3° *La cure radicale.* Nous verrons, au chapitre des indications, qu'elle est rarement indiquée, et à celui des résultats, quelles raisons nous avons de faire accepter cet anus comme définitif.

V. — APPAREILLAGE

Il faut attendre un mois environ avant de faire exécuter l'appareillage. A ce moment seulement, la rétraction cicatricielle est suffisante pour assurer la bonne adaptation d'un appareil convenable.

CHAPITRE IV

Indications.

Il est difficile de séparer l'étude des indications de celle des résultats. Si l'on doit cette décision à la clarté d'exposition d'un travail, il faut convenir que c'est en escomptant des résultats qu'il connaît pour les avoir obtenus et qui forment derrière lui le solide appui de l'expérience, que le chirurgien discute les indications opératoires.

D'autre part, on ne peut exposer des résultats sans rappeler dans quelles conditions ont été entreprises les opérations dont ils sont la conséquence.

Qu'on nous pardonne par conséquent les répétitions apparentes qu'on trouvera au cours de l'exposé de ces deux chapitres : ce sont des points de vue envisagés sous le même angle, ou le même point de vue étudié sous des angles différents.

D'une façon générale, on peut dire que les indications opératoires dans le cancer du rectum ne sont pas des indications d'opérabilité. A part les malades arrivés à un degré ultime de cachexie et qui ne sont

que des moribonds échouant en fin de compte à l'hôpital, on peut toujours tenter, sinon la guérison, du moins une amélioration des lésions et une atténuation aux souffrances du patient.

Et si l'exérèse n'est pas toujours possible, du moins peut-on atténuer un bon nombre de troubles qui sont dus au siège même de la maladie. On est désarmé devant un cancer du sein, quand le mal dépasse les limites de l'exérèse ; on peut toujours remédier aux caractères occlusifs des cancers situés sur la partie terminale du tube digestif.

Nous discuterons ici les indications de la dérivation par la méthode de Pollosson en les comparant aux autres interventions.

Tumeurs inextirpables.

C'est une chose délicate que de tracer une limite aux indications de l'exérèse. Un opérateur se fonde sur ses qualités d'observations, sur sa finesse de perception, sur l'impression générale qui lui vient de l'examen du malade et de l'expérience acquise, sur son tempérament chirurgical, pour décider l'essai d'une extirpation première.

Mais il y a un ensemble de données, qui font d'une tumeur un mal inattaquable, au moins d'emblée.

Chez les malades trop âgés, dont l'état général est defectueux, soit par suite d'affection étrangères au néoplasme soit à cause de l'amaigrissement, de l'intoxication accentuée, de la fièvre ; on évite de façon générale les opérations dites radicales, qui

sont toujours longues et traumatisantes sans parler de leur utilité hypothétique.

Localement il y a 3 sortes d'accidents qui sont des contre indications formelles à l'exérèse d'emblée, ce sont : les accidents d'obstruction, les phénomènes infectieux du tissu périrectal, et l'extension des lésions à la vessie. Nous disons bien des « lésions » et non du néoplasme ; car il est impossible de savoir le plus souvent, même après cystoscopie, la nature des adhérences recto-vésicales. Mais l'exérèse dans des cas semblables, comporterait certainement l'ouverture de la vessie et ce temps augmente la durée de l'opération et charge le pronostic, de sorte qu'on peut considérer l'atteinte de la vessie comme une contre-indication absolue à l'exérèse, au moins d'emblée.

OPÉRATIONS PALLIATIVES ET DÉRIVATION

Chez tous les malades dont la lésion est inextirpable, on se résout alors à l'opération palliative, et la seule dont les résultats soient connus et les indications convenables, est la dérivation.

On ne pratique plus aujourd'hui la dilatation, la rectotomie ou le curettage, qui ont disparu rapidement, quand on apprît les avantages de l'anüs artificiel.

Pour la curiéthérapie, nous n'en avons pas l'expérience ; il ne suffit pas d'introduire dans la région cancéreuse une dose d'un élément dont nous ne connaissons pas la nature et dont nous ne pouvons contrôler les effets d'une façon assez rigoureuse.

Il nous semble, en tous cas, qu'avant de tenter cette chance, il faut désinfecter le rectum, éviter plus que

jamais le contact des matières, afin que le radium puisse agir sur des tissus non enflammés et que les brûlures qui peuvent se produire au niveau de la muqueuse ne se compliquent pas.

La dérivation par la méthode de Pollosson nous paraît absolument nécessaire, avant toute application de radium — encore faudra-t-il attendre que la mise au repos, les lavages du bout inférieur aient fait disparaître les lésions inflammatoires.

Nous n'avons jamais fait de dérivation préalable dans le but d'appliquer secondairement des sels de radium, mais nous avons eu l'occasion de les utiliser chez des malades porteurs d'anús artificiels exécutés d'après la méthode de Pollosson. Nous n'avons jamais observé d'accidents secondaires et nous avons pu, grâce à l'opération abdominale, introduire des tubes de part et d'autre du néoplasme.

Ce que nous voulons avant tout étudier dans ce paragraphe, ce sont les indications respectives des divers procédés de dérivation.

Lorsque l'orifice qui établit cette dérivation doit rester définitivement, on admet sans conteste qu'on ne puisse pas faire de colostomie latérale, qu'elle soit cæcale ou sigmoïdienne. Ces sortes d'opérations, même si elles jouent le rôle d'anús terminal à cause de l'occlusion de la lumière intestinale, n'empêchent pas l'infection de la tumeur, et exposent à de vastes prolapsus de la muqueuse, qui sont toujours gênants et souvent compliqués d'accidents d'étranglements. La cæcotomie est, à ce point de vue, à rejeter de façon formelle ; elle laisse s'accumuler les matières

dans le bout inférieur, et les prolapsus qui la compliquent sont particulièrement fréquents, volumineux et graves.

Enfin, les colostomies latérales ont tendance souvent à se fermer plus ou moins complètement.

L'anus à deux orifices est le seul qui puisse jouer le rôle d'anus : extrémité *terminale* du tube digestif, il est seul capable de dériver la totalité des matières, seul il peut être exécuté de façon à ne pas se compliquer de prolapsus, seul il tend à demeurer toujours ouvert, et pour ces diverses raisons, il peut être destiné à rester de façon définitive. Seul l'anus à deux orifices mérite le nom d'*anus artificiel*.

Nous ne voulons pas critiquer les autres procédés qui permettent la création de cet anus à deux orifices : ils sont bons également. Mais nous proposant d'établir les indications de l'anus de Pollosson, nous dirons qu'il est indiqué dans tous les cas où l'on veut établir une dérivation complète.

On a proposé l'anastomose au rectum de différents segments de l'intestin. Ce procédé de dérivation n'est pas comparable à celui de Pollosson. Il exige un segment rectal libre et accessible. Son exécution est longue, si elle est faite à la suture, délicate malgré tout si l'on se sert du bouton. Elle n'évite pas le contact infectieux au niveau du néoplasme et se complique d'envahissement de la bouche.

Ces divers défauts s'opposent à la simplicité de l'opération de Pollosson, à la possibilité presque constante de son exécution, à la régularité de ses résultats, soit comme rétablissement du cours des ma-

tières, soit comme procédé de séquestration de la tumeur.

DÉRIVATION DANS LES ACCIDENTS MÉCANIQUES

Si l'anus artificiel exécuté par la méthode de M. Pollosson nous paraît indiscutablement indiqué comme traitement palliatif dans tous les cas précédents, et s'il est supérieur sans conteste à tout autre procédé de dérivation partielle, il n'en est pas de même lorsque des complications d'ordre mécanique font poser l'indication d'opération palliative.

A notre avis, et d'après l'expérience que nous avons de ce procédé, il faut distinguer deux cas :

Obstruction. — Nous désignons sous ce nom un état caractérisé au point de vue anatomique par l'encombrement stercoral du gros intestin et au point de vue clinique par la perception possible d'un côlon plus ou moins distendu, amenant des phénomènes locaux douloureux et une réaction générale caractérisée par un teint terreux, une langue saburrale, une haleine fétide, un appétit diminué et une température plus ou moins élevée.

C'est une symptomatologie qui est commune à toutes les affections obstruant le trajet des matières sur le gros intestin, de façon chronique.

Tous les degrés se rencontrent, depuis le simple embarras qui se traduit par de légers symptômes de stercorémie, jusqu'à l'état plus alarmant, accompagné de vomissements, sans facies péritonéal, mais traduisant un épisode aigu dans cette évolution chro-

nique. On peut alors, chez de semblables malades, discuter la nature de la dérivation, non pas au point de vue des résultats, mais à cause de son exécution. Nous avons eu l'occasion d'intervenir sur des intestins obstrués : l'opération est plus délicate, la manipulation de cet intestin énorme, et surtout sa fixation sont plus difficiles. On peut craindre la rupture des points passés dans ce tissu friable.

Il nous paraît, dans ces cas, lorsque le gros intestin est seul intéressé par cette stase stercorale, lorsque les vomissements sont rares, que le malade ne présente pas un état péritonéal, que la méthode de Pollosson peut encore être applicable, et bien qu'on puisse en discuter l'opportunité, nous l'avons exécutée avec succès et nous le ferons encore lorsque le cas nous paraîtra favorable.

Occlusion. — Certains malades se présentent avec un ensemble de symptômes plus graves, qui indiquent la participation de tout le tube intestinal à cette réaction. Le ventre est uniformément ballonné, les vomissements verts ou fécaloïdes, le facies altéré, le pouls rapide ; la situation est immédiatement sérieuse, il faut agir vite et simplement : ouvrir l'intestin au-dessus de l'obstacle et le plus près possible de l'obstacle. L'anus latéral est seul de mise, l'établissement d'un anus en canon de fusil, avec section transversale de l'intestin, soit suivant la technique de Pollosson, soit suivant toute autre technique, est une opération longue et minutieuse, nécessitant des manœuvres intra-abdominales complexes : il serait donc

absolument illogique de vouloir l'exécuter chez un malade en état d'occlusion.

En clinique, le problème à résoudre se présente sous deux aspects très différents, suivant qu'il est possible de préciser avant l'intervention le siège exact de l'obstacle ou suivant que la situation de ce dernier est inconnue.

Lorsqu'il y a un doute, la règle formelle est d'inciser la paroi de la fosse iliaque droite et de reconnaître l'état de vacuité ou de distension du cæcum. Cæcum dilaté veut dire obstacle au-dessous, donc cæcostomie ; cæcum aplati indique un obstacle sur le grêle et demande l'établissement d'une entérostomie sur une anse dilatée.

Lorsque, au contraire, on sait avec certitude qu'il existe un obstacle sur le rectum ou le côlon pelvien, il ne faut pas hésiter à se porter à gauche et à pratiquer une colostomie.

La cæcostomie est une mauvaise opération pour toute manœuvre ultérieure sur le rectum, quand il y a sur ce dernier un obstacle au cours des matières, car elle ne réalise pas une véritable dérivation.

Aussi, quand on a pu préciser le point sténosé sur le rectum, nous donnons la préférence à la colostomie gauche qui, tout en n'assurant pas une dérivation parfaite, permet de suppléer de la façon la moins défectueuse à l'anus artificiel.

Plus tard, en effet, qu'il s'agisse d'effectuer une excrèse ou l'établissement d'un anus définitif, il importe d'opérer sur un intestin relativement propre. Or, nous avons vu une cæcostomie pour occlusion

aiguë, présenter un tel encombrement du côlon au-dessus de la lésion néoplasique, que lors de l'établissement secondaire d'un anus iliaque gauche, indiqué par le désir de la malade et la présence d'un volumineux prolapsus au niveau de sa cæcostomie, on trouva le côlon rempli d'un liquide de stagnation d'odeur infecte. La malade mourut en quelques jours pour des causes qui nous échappent, mais où la toxicité de ces matières de rétention doit certainement jouer un rôle.

MM. Chalié et Mondor (1), qui ont étudié, au chapitre des indications des opérations palliatives, les avantages et les désavantages de la cæcostomie, font mention d'un cas où la laparotomie droite leur permit d'éviter une perforation imminente du cæcum, et d'un autre, par contre, où la cæcostomie n'évita pas un sphacèle de l'intestin (Potherat) ; il est difficile d'argumenter des observations dont on n'a pas une connaissance complète ; nous nous demandons cependant si la stomie gauche n'eut pas évité l'une et l'autre de ces deux éventualités ; car, en évacuant le gros intestin, elle pare à la distension et aux perforations immédiates, et, en ne permettant pas l'accumulation de matières, elle combat les fermentations et les nécroses, qui occasionnent, comme chez le malade de Potherat, du sphacèle du côlon descendant.

Quant à ce qui dit Müller, « que la cæcostomie détermine plus promptement la détente en cas d'occlusion complète et aiguë », jusqu'à quels points cet

(1) Le cancer du rectum.

argument n'est-il pas du domaine théorique ? Ce qui fait le bon fonctionnement d'un anus c'est la contractibilité de l'intestin, une fistule, fut-elle sur le grêle, ne donne qu'une évacuation insuffisante et en tout cas segmentaire, lorsque l'iléus est grave, généralisé par infection péritonéale plus ou moins aiguë. Une stomie, fut-elle gauche, vide parfaitement l'intestin si celui-ci peut encore se contracter.

Pour ces diverses raisons, nous donnons la préférence aux fistulisations du côlon gauche, ne réservant qu'à des cas particuliers l'ouverture du cæcum, qui est un pis-aller.

Une fois la fistulisation établie, il est entendu qu'il ne saurait s'agir là d'un orifice définitif. L'exérèse ou l'établissement d'un anus définitif de vraie dérivation suivront, lorsque les phénomènes aigus auront été dissipés.

Nous avons pu exécuter des ablations secondaires, nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer secondairement un anus par la méthode de M. Pollosson, mais ce procédé paraît parfaitement applicable en fermant par un surjet en bourse l'orifice colique, et en entrant en péritoine libre, on doit pouvoir exécuter les différents temps qui créeront l'anus artificiel définitif.

Tumeurs extirpables.

En dehors de tout accident mécanique, lorsqu'on reconnaît l'existence d'un cancer du rectum, la question se pose alors de savoir si, la tumeur étant extirpable, il faut l'enlever en un seul temps, ou s'il est préférable d'exécuter au préalable une dérivation,

C'est le siège anatomique du cancer qui doit guider le chirurgien.

1° *Tumeur ano-rectale.* — Dans la très grande majorité des cas, cette forme de cancer du rectum relève essentiellement de l'intervention périnéale exécutée en un temps, sans dérivation préalable. C'est le triomphe de l'opération de Lisfranc, plus ou moins élargie, selon le type Verneuil.

Même avec une résection rectale étendue, de 10 à 12 centimètres de hauteur, afin d'enlever le plus haut possible les infiltrations ganglionnaires et lymphatiques du méso-rectum, l'abaissement de l'intestin au périnée est aisé et les suites bénignes. Sans doute, l'anus périnéal incontinent est un mauvais anus, mais il faut l'accepter et les malades acquièrent un certain degré d'éducation fonctionnelle.

Les résultats éloignés sont souvent satisfaisants et les récidives très retardées, probablement parce qu'il s'agit de cancer épidermique à évolution lente et peu maligne.

2° *Tumeur abdominale recto-sigmoïde.* — Pour ces viroles squirreuses, qui bloquent rapidement la circulation abdominale, mais dont le toucher, même combiné, peut difficilement percevoir les connexions exactes, à supposer même qu'il puisse en affirmer l'existence, nous indiquons avant tout la laparotomie exploratrice para-rectale gauche. C'est après ce complément d'enquête que nous décidons de la nature de l'intervention.

a) Chez la femme :

1° S'il s'agit d'un cancer petit, loin du sphincter, du type qui rappelle le cancer de l'S iliaque, il peut être indiqué de pratiquer, après l'hystérectomie totale, une entérectomie avec entérorraphie bout à bout. C'est rare.

2° Les cancers volumineux commandent toujours avec l'hystérectomie l'opération abdomino-périnéale.

b) Chez l'homme :

1° Si l'ablation de la tumeur laisse un bout inférieur ano-rectal suffisant, on peut exécuter l'opération de Hartmann (deuxième manière).

2° Si la tumeur est volumineuse et descend bas, c'est l'amputation abdomino-périnéale qui peut être indiquée, avec abaissement de l'intestin.

Ces exérèses en un temps ne sont pas toujours réalisables ; non seulement, en effet, les cancers, même haut situés, présentent parfois des adhérences qui rendent leur extirpation douteuse, mais alors même qu'ils sont libres et que la facilité de l'exérèse semble promettre une opération idéale, il faut se rappeler qu'il s'agit la plupart du temps de malades en état d'obstruction chronique, présentant, au point de vue local et général, une fragilité particulière ; il faut redouter chez eux ces catastrophes subites qui proviennent d'une rupture des points de suture ou du choc opératoire. Nous ne réserverons donc les exérèses de ces tumeurs haut situées qu'à des sujets particulièrement robustes, et surtout aux femmes,

chez lesquelles, grâce à l'hystérectomie et à la péritonisation consécutive, la ligne de suture se trouve isolée du grand ventre.

Pour tous les autres cas et pour les tumeurs volumineuses et basses, nous préférons les faire précéder le plus souvent d'une dérivation préalable, en laissant, après l'ablation, un anus iliaque définitif.

3° *Tumeurs de l'ampoule.* — Ce sont tous les néoplasmes qui siègent depuis la ligne ano-rectale jusqu'à la limite extrême de l'ampoule ; épithélioma proliférant, le plus souvent à type volumineux ou encéphaloïde, mais toujours épithélioma cylindrique à pronostic très malin. Certes, les signes généraux, l'amaigrissement du malade, sont des données qu'il faut connaître, étudier et peser ; plus que toute autre, ces tumeurs bourgeonnantes et friables sont compliquées d'infection qui retentit sur le reste de l'organisme et s'accompagne souvent de fièvre. Mais c'est aux signes locaux surtout que nous demandons les détails utiles à la détermination opératoire et ces signes sont de deux sortes : l'allure évolutive de la maladie et son degré d'extension.

A part quelques cas exceptionnels de néoplasmes très limités à l'une des parois de l'ampoule, pour lesquels on peut pratiquer une extirpation avec conservation (type Villard), le plus souvent, le cancer de l'ampoule impose une mutilation énorme. C'est en bas le sacrifice de tout l'appareil sphinctérien, en haut la section lointaine du conduit intestinal, pour être certain d'avoir enlevé toutes les traînées lym-

phatiques et les ganglions dégénérés qui s'étagent dans le méso-rectum. Tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître l'amputation abdomino-périnéale comme l'opération rationnelle ; seule la gravité toujours extrême de cette intervention chez l'homme fait admettre par beaucoup d'opérateurs l'amputation élargie par voie périnéale chez les malades du sexe masculin.

Dans tous les cas, chez l'homme comme chez la femme, M. Tixier reste partisan convaincu des avantages de l'anus de dérivation exécuté dans un premier temps.

Au cours de son établissement, grâce à une large laparotomie latérale exploratrice, on peut se rendre exactement compte des lésions ; d'autre part, la dérivation des matières, les grands lavages intestinaux durant une quinzaine de jours permettent la disparition des accidents infectieux locaux, qui doublent ou triplent le volume de la tumeur, d'où une bien plus grande facilité opératoire et un risque moins grand d'accidents septiques.

Dans un deuxième temps est pratiquée l'extirpation large du rectum cancéreux. Voici quelle est, actuellement, la ligne de conduite adoptée par M. Tixier.

A) *Chez la femme.* — Grâce à l'hystérectomie abdominale totale, systématiquement exécutée, les plus gros cancers du rectum peuvent être facilement enlevés par l'amputation abdomino-périnéale. La mortalité est faible. A quel temps faut-il enlever l'utérus ?

Dans une première série de cas, M. Tixier pratiquait l'hystérectomie, la section de l'intestin, abouchait le bout supérieur à la peau, fermait soigneusement le bout inférieur qu'il enfouissait sous la péritonisation après l'avoir libéré le plus bas possible de ses attaches postérieures. Trois semaines après, on enlevait par le périnée toute la partie inférieure du tube digestif.

Bien que séduisante par son extrême facilité d'exécution, cette façon de procéder présente des inconvénients :

1° Exécution de l'hystérectomie, opération longue, sur des malades atteints d'obstruction intestinale.

2° La libération très poussée du bout inférieur peut amener des phénomènes de nécrose de ce segment enfoui sous le péritoine.

3° Le temps périnéal s'effectue sur une tumeur très infectée.

4° Il peut s'établir entre l'anse et le plafond péritonéal des adhérences qui rendent sa libération dangereuse.

Pour toutes ces raisons, M. Tixier préfère établir dans un premier temps un anus de dérivation par la méthode de Pollosson, réservant à des sujets très résistants et uniquement à des femmes, dont la tumeur est limitée, non infectée, non sténosante, l'opération en un temps : hystérectomie abdominale totale, amputation abdomino-périnéale, fixation du bout supérieur à la paroi.

Si, au contraire, on accepte l'idée de la dérivation préalable, on exécute, dans un deuxième temps, par

laparotomie médiane l'hystérectomie abdominale, avec amputation abdomino-périnéale de la tumeur.

L'opération est terminée par un temps abdominal de péritonisation soigneuse, seul moyen d'exécuter cette dernière de façon suffisante et parfaitement étanche.

Quelle conduite adopter vis-à-vis du bout cœlique ? L'abaisser au périnée ou le fermer en cæcum ? C'est affaire de technique particulière à chacun ; pour nous, toutes les fois qu'il sera possible, nous pratiquerons l'abaissement ; le tube intestinal comble l'énorme brèche et la péritonisation trouve sur lui un solide appui. La cicatrisation crée plus tard un périnée fibreux, qui s'oppose à la cystocèle vaginale toujours menaçante.

Si le bout cœlique est court, après l'avoir obturé, on le couche en travers de la péritonisation qu'il renforce.

B) *Chez l'homme.* — Logiquement, après une dérivation préalable, l'amputation abdomino-périnéale paraît seule indiquée ; en fait, elle donne l'impression d'un danger considérable, que les statistiques récentes, quoique très améliorées, n'arrivent pas à effacer.

Si le sujet est résistant, s'il n'est pas obèse, on peut risquer l'opération abdomino-périnéale, quitte à pratiquer une opération de Hartmann (deuxième manière), si le segment anal sain est suffisamment long. Si l'abdomino-périnéale est possible, on fera l'abaissement, pour combler le vide pelvien ; si l'abaisse-

ment est difficile, on se servira du moignon cœlique pour renforcer la péritonisation.

Mais, dans la plupart des cas, dès que l'homme est âgé et peu résistant, c'est l'opération périnéale seule qui lui convient. On peut enlever ainsi de 18 à 22 centimètres de rectum, dans des conditions satisfaisantes ; l'envahissement de la prostate ne constitue pas une contre-indication.

L'abaissement du bout cœlique est toujours indiqué.

Si compliquée que paraisse cette opération en deux temps (dérivation et exérèse), elle donne une sécurité qu'il est bon de ne pas abandonner pour des exécutions opératoires plus brillantes, mais plus dangereuses.

FERMETURE DE L'ANUS DE DÉRIVATION

Ce troisième temps doit être proposé aux malades lorsque leur appareil sphinctérien a conservé sa constitution anatomique et sa valeur physiologique.

Dans le cas contraire, il semble désavantageux, à cause de l'appareillage et des soins de propreté, d'avoir au périnée un orifice aussi incontinent que celui qu'on veut obturer.

De plus, il nous semble qu'il y a peut-être avantage à laisser pour toujours hors du trajet des matières une région restée malgré tout suspecte.

Peut-être, cette mise au repos retardera-t-elle longtemps l'apparition des récidives, et si celles-ci se produisent, ce ne sera plus alors sur une partie active du tube digestif.

Si la cure est indiquée, de deux choses l'une, ou

bien les deux orifices sont accolés, comme le voulait Pollosson, et, dans ce cas, on peut essayer d'écraser l'éperon avec l'entérotome ; ou bien les deux orifices sont éloignés ; il vaut mieux alors entrer délibérément en péritoine libre et faire une entérectomie. Quel que soit le mode de suture, il sera prudent d'établir une soupape de sûreté pour éviter la distension gazeuse ; on peut alors, après entérorraphie bout à bout, faire une cæcostomie, qui se fermera spontanément par la suite, ou bien essayer du procédé suivant :

Anastomose latéro-latérale, fermeture du bout inférieur, fermeture partielle du bout supérieur, l'orifice restant est muni d'une sonde et fixé à la paroi : il crée un orifice de décompression au niveau même de la région opératoire.

Quoiqu'il en soit, nous regardons la fermeture de l'anus de Pollosson comme exceptionnellement indiquée ; en principe, il est destiné à être définitif, et les résultats que nous allons étudier permettent au chirurgien de le proposer, au malade de l'accepter comme tel.

sont toujours longues et traumatisantes sans parler de leur utilité hypothétique.

Localement il y a 3 sortes d'accidents qui sont des contre indications formelles à l'exérèse d'emblée, ce sont : les accidents d'obstruction, les phénomènes infectieux du tissu périmrectal, et l'extension des lésions à la vessie. Nous disons bien des « lésions » et non du néoplasme ; car il est impossible de savoir le plus souvent, même après cystoscopie, la nature des adhérences recto-vésicales. Mais l'exérèse dans des cas semblables, comporterait certainement l'ouverture de la vessie et ce temps augmente la durée de l'opération et charge le pronostic, de sorte qu'on peut considérer l'atteinte de la vessie comme une contre-indication absolue à l'exérèse, au moins d'emblée.

OPÉRATIONS PALLIATIVES ET DÉRIVATION

Chez tous les malades dont la lésion est inextirpable, on se résout alors à l'opération palliative, et la seule dont les résultats soient connus et les indications convenables, est la dérivation.

On ne pratique plus aujourd'hui la dilatation, la rectotomie ou le curettage, qui ont disparu rapidement, quand on apprend les avantages de l'anus artificiel.

Pour la curiéthérapie, nous n'en avons pas l'expérience ; il ne suffit pas d'introduire dans la région cancéreuse une dose d'un élément dont nous ne connaissons pas la nature et dont nous ne pouvons contrôler les effets d'une façon assez rigoureuse.

Il nous semble, en tous cas, qu'avant de tenter cette chance, il faut désinfecter le rectum, éviter plus que

jamais le contact des matières, afin que le radium puisse agir sur des tissus non enflammés et que les brûlures qui peuvent se produire au niveau de la muqueuse ne se compliquent pas.

La dérivation par la méthode de Pollosson nous paraît absolument nécessaire, avant toute application de radium — encore faudra-t-il attendre que la mise au repos, les lavages du bout inférieur aient fait disparaître les lésions inflammatoires.

Nous n'avons jamais fait de dérivation préalable dans le but d'appliquer secondairement des sels de radium, mais nous avons eu l'occasion de les utiliser chez des malades porteurs d'anús artificiels exécutés d'après la méthode de Pollosson. Nous n'avons jamais observé d'accidents secondaires et nous avons pu, grâce à l'opération abdominale, introduire des tubes de part et d'autre du néoplasme.

Ce que nous voulons avant tout étudier dans ce paragraphe, ce sont les indications respectives des divers procédés de dérivation.

Lorsque l'orifice qui établit cette dérivation doit rester définitivement, on admet sans conteste qu'on ne puisse pas faire de colostomie latérale, qu'elle soit cæcale ou sigmoïdienne. Ces sortes d'opérations, même si elles jouent le rôle d'anús terminal à cause de l'occlusion de la lumière intestinale, n'empêchent pas l'infection de la tumeur, et exposent à de vastes prolapsus de la muqueuse, qui sont toujours gênants et souvent compliqués d'accidents d'étranglements. La cæcotomie est, à ce point de vue, à rejeter de façon formelle ; elle laisse s'accumuler les matières

dans le bout inférieur, et les prolapsus qui la compliquent sont particulièrement fréquents, volumineux et graves.

Enfin, les colostomies latérales ont tendance souvent à se fermer plus ou moins complètement.

L'anús à deux orifices est le seul qui puisse jouer le rôle d'anús : extrémité *terminale* du tube digestif, il est seul capable de dériver la totalité des matières, seul il peut être exécuté de façon à ne pas se compliquer de prolapsus, seul il tend à demeurer toujours ouvert, et pour ces diverses raisons, il peut être destiné à rester de façon définitive. Seul l'anús à deux orifices mérite le nom d'*anus artificiel*.

Nous ne voulons pas critiquer les autres procédés qui permettent la création de cet anus à deux orifices : ils sont bons également. Mais nous proposant d'établir les indications de l'anús de Pollosson, nous dirons qu'il est indiqué dans tous les cas où l'on veut établir une dérivation complète.

On a proposé l'anastomose au rectum de différents segments de l'intestin. Ce procédé de dérivation n'est pas comparable à celui de Pollosson. Il exige un segment rectal libre et accessible. Son exécution est longue, si elle est faite à la suture, délicate malgré tout si l'on se sert du bouton. Elle n'évite pas le contact infectieux au niveau du néoplasme et se complique d'envahissement de la bouche.

Ces divers défauts s'opposent à la simplicité de l'opération de Pollosson, à la possibilité presque constante de son exécution, à la régularité de ses résultats, soit comme rétablissement du cours des ma-

tières, soit comme procédé de séquestration de la tumeur.

DÉRIVATION DANS LES ACCIDENTS MÉCANIQUES

Si l'anus artificiel exécuté par la méthode de M. Pollosson nous paraît indiscutablement indiqué comme traitement palliatif dans tous les cas précédents, et s'il est supérieur sans conteste à tout autre procédé de dérivation partielle, il n'en est pas de même lorsque des complications d'ordre mécanique font poser l'indication d'opération palliative.

A notre avis, et d'après l'expérience que nous avons de ce procédé, il faut distinguer deux cas :

Obstruction. — Nous désignons sous ce nom un état caractérisé au point de vue anatomique par l'engorgement stercoral du gros intestin et au point de vue clinique par la perception possible d'un côlon plus ou moins distendu, amenant des phénomènes locaux douloureux et une réaction générale caractérisée par un teint terreux, une langue saburrale, une haleine fétide, un appétit diminué et une température plus ou moins élevée.

C'est une symptomatologie qui est commune à toutes les affections obstruant le trajet des matières sur le gros intestin, de façon chronique.

Tous les degrés se rencontrent, depuis le simple embarras qui se traduit par de légers symptômes de stercorémie, jusqu'à l'état plus alarmant, accompagné de vomissements, sans facies péritonéal, mais traduisant un épisode aigu dans cette évolution chro-

nique. On peut alors, chez de semblables malades, discuter la nature de la dérivation, non pas au point de vue des résultats, mais à cause de son exécution. Nous avons eu l'occasion d'intervenir sur des intestins obstrués : l'opération est plus délicate, la manipulation de cet intestin énorme, et surtout sa fixation sont plus difficiles. On peut craindre la rupture des points passés dans ce tissu friable.

Il nous paraît, dans ces cas, lorsque le gros intestin est seul intéressé par cette stase stercorale, lorsque les vomissements sont rares, que le malade ne présente pas un état péritonéal, que la méthode de Pollosson peut encore être applicable, et bien qu'on puisse en discuter l'opportunité, nous l'avons exécutée avec succès et nous le ferons encore lorsque le cas nous paraîtra favorable.

Occlusion. — Certains malades se présentent avec un ensemble de symptômes plus graves, qui indiquent la participation de tout le tube intestinal à cette réaction. Le ventre est uniformément ballonné, les vomissements verts ou fécaloïdes, le facies altéré, le pouls rapide ; la situation est immédiatement sérieuse, il faut agir vite et simplement : ouvrir l'intestin au-dessus de l'obstacle et le plus près possible de l'obstacle. L'anus latéral est seul de mise, l'établissement d'un anus en canon de fusil, avec section transversale de l'intestin, soit suivant la technique de Pollosson, soit suivant toute autre technique, est une opération longue et minutieuse, nécessitant des manœuvres intra-abdominales complexes : il serait donc

absolument illogique de vouloir l'exécuter chez un malade en état d'occlusion.

En clinique, le problème à résoudre se présente sous deux aspects très différents, suivant qu'il est possible de préciser avant l'intervention le siège exact de l'obstacle ou suivant que la situation de ce dernier est inconnue.

Lorsqu'il y a un doute, la règle formelle est d'inciser la paroi de la fosse iliaque droite et de reconnaître l'état de vacuité ou de distension du cæcum. Cæcum dilaté veut dire obstacle au-dessous, donc cæcostomie ; cæcum aplati indique un obstacle sur le grêle et demande l'établissement d'une entérostomie sur une anse dilatée.

Lorsque, au contraire, on sait avec certitude qu'il existe un obstacle sur le rectum ou le côlon pelvien, il ne faut pas hésiter à se porter à gauche et à pratiquer une colostomie.

La cæcostomie est une mauvaise opération pour toute manœuvre ultérieure sur le rectum, quand il y a sur ce dernier un obstacle au cours des matières, car elle ne réalise pas une véritable dérivation.

Aussi, quand on a pu préciser le point sténosé sur le rectum, nous donnons la préférence à la colostomie gauche qui, tout en n'assurant pas une dérivation parfaite, permet de suppléer de la façon la moins défectueuse à l'anus artificiel.

Plus tard, en effet, qu'il s'agisse d'effectuer une exérèse ou l'établissement d'un anus définitif, il importe d'opérer sur un intestin relativement propre. Or, nous avons vu une cæcostomie pour occlusion

aiguë, présenter un tel encombrement du côlon au-dessus de la lésion néoplasique, que lors de l'établissement secondaire d'un anus iliaque gauche, indiqué par le désir de la malade et la présence d'un volumineux prolapsus au niveau de sa cæcostomie, on trouva le côlon rempli d'un liquide de stagnation d'odeur infecte. La malade mourut en quelques jours pour des causes qui nous échappent, mais où la toxicité de ces matières de rétention doit certainement jouer un rôle.

MM. Chalié et Mondor (1), qui ont étudié, au chapitre des indications des opérations palliatives, les avantages et les désavantages de la cæcostomie, font mention d'un cas où la laparotomie droite leur permit d'éviter une perforation imminente du cæcum, et d'un autre, par contre, où la cæcostomie n'évita pas un sphacèle de l'intestin (Potherat) ; il est difficile d'argumenter des observations dont on n'a pas une connaissance complète ; nous nous demandons cependant si la stomie gauche n'eut pas évité l'une et l'autre de ces deux éventualités ; car, en évacuant le gros intestin, elle pare à la distension et aux perforations immédiates, et, en ne permettant pas l'accumulation de matières, elle combat les fermentations et les nécroses, qui occasionnent, comme chez le malade de Potherat, du sphacèle du côlon descendant.

Quant à ce qui dit Müller, « que la cæcostomie détermine plus promptement la détente en cas d'occlusion complète et aiguë », jusqu'à quels points cet

(1) Le cancer du rectum.

argument n'est-il pas du domaine théorique ? Ce qui fait le bon fonctionnement d'un anus c'est la contractibilité de l'intestin, une fistule, fut-elle sur le grêle, ne donne qu'une évacuation insuffisante et en tout cas segmentaire, lorsque l'iléus est grave, généralisé par infection péritonéale plus ou moins aiguë. Une stomie, fut-elle gauche, vide parfaitement l'intestin si celui-ci peut encore se contracter.

Pour ces diverses raisons, nous donnons la préférence aux fistulisations du côlon gauche, ne réservant qu'à des cas particuliers l'ouverture du cæcum, qui est un pis-aller.

Une fois la fistulisation établie, il est entendu qu'il ne saurait s'agir là d'un orifice définitif. L'exérèse ou l'établissement d'un anus définitif de vraie dérivation suivront, lorsque les phénomènes aigus auront été dissipés.

Nous avons pu exécuter des ablations secondaires, nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer secondairement un anus par la méthode de M. Pollosson, mais ce procédé paraît parfaitement applicable en fermant par un surjet en bourse l'orifice colique, et en entrant en péritoine libre, on doit pouvoir exécuter les différents temps qui créeront l'anus artificiel définitif.

Tumeurs extirpables.

En dehors de tout accident mécanique, lorsqu'on reconnaît l'existence d'un cancer du rectum, la question se pose alors de savoir si, la tumeur étant extirpable, il faut l'enlever en un seul temps, ou s'il est préférable d'exécuter au préalable une dérivation,

C'est le siège anatomique du cancer qui doit guider le chirurgien.

1° *Tumeur ano-rectale.* — Dans la très grande majorité des cas, cette forme de cancer du rectum relève essentiellement de l'intervention périnéale exécutée en un temps, sans dérivation préalable. C'est le triomphe de l'opération de Lisfranc, plus ou moins élargie, selon le type Verneuil.

Même avec une résection rectale étendue, de 10 à 12 centimètres de hauteur, afin d'enlever le plus haut possible les infiltrations ganglionnaires et lymphatiques du méso-rectum, l'abaissement de l'intestin au périnée est aisé et les suites bénignes. Sans doute, l'anus périnéal incontinent est un mauvais anus, mais il faut l'accepter et les malades acquièrent un certain degré d'éducation fonctionnelle.

Les résultats éloignés sont souvent satisfaisants et les récidives très retardées, probablement parce qu'il s'agit de cancer épidermique à évolution lente et peu maligne.

2° *Tumeur abdominale recto-sigmoïde.* — Pour ces viroles squirreuses, qui bloquent rapidement la circulation abdominale, mais dont le toucher, même combiné, peut difficilement percevoir les connexions exactes, à supposer même qu'il puisse en affirmer l'existence, nous indiquons avant tout la laparotomie exploratrice para-rectale gauche. C'est après ce complément d'enquête que nous décidons de la nature de l'intervention.

a) Chez la femme :

1° S'il s'agit d'un cancer petit, loin du sphincter, du type qui rappelle le cancer de l'S iliaque, il peut être indiqué de pratiquer, après l'hystérectomie totale, une entérectomie avec entérorraphie bout à bout. C'est rare.

2° Les cancers volumineux commandent toujours avec l'hystérectomie l'opération abdomino-périnéale.

b) Chez l'homme :

1° Si l'ablation de la tumeur laisse un bout inférieur ano-rectal suffisant, on peut exécuter l'opération de Hartmann (deuxième manière).

2° Si la tumeur est volumineuse et descend bas, c'est l'amputation abdomino-périnéale qui peut être indiquée, avec abaissement de l'intestin.

Ces exérèses en un temps ne sont pas toujours réalisables ; non seulement, en effet, les cancers, même haut situés, présentent parfois des adhérences qui rendent leur extirpation douteuse, mais alors même qu'ils sont libres et que la facilité de l'exérèse semble promettre une opération idéale, il faut se rappeler qu'il s'agit la plupart du temps de malades en état d'obstruction chronique, présentant, au point de vue local et général, une fragilité particulière ; il faut redouter chez eux ces catastrophes subites qui proviennent d'une rupture des points de suture ou du choc opératoire. Nous ne réserverons donc les exérèses de ces tumeurs haut situées qu'à des sujets particulièrement robustes, et surtout aux femmes,

chez lesquelles, grâce à l'hystérectomie et à la péritonisation consécutive, la ligne de suture se trouve isolée du grand ventre.

Pour tous les autres cas et pour les tumeurs volumineuses et basses, nous préférons les faire précéder le plus souvent d'une dérivation préalable, en laissant, après l'ablation, un anus iliaque définitif.

3° *Tumeurs de l'ampoule*. — Ce sont tous les néoplasmes qui siègent depuis la ligne ano-rectale jusqu'à la limite extrême de l'ampoule ; épithélioma proliférant, le plus souvent à type volumineux ou encéphaloïde, mais toujours épithélioma cylindrique à pronostic très malin. Certes, les signes généraux, l'amaigrissement du malade, sont des données qu'il faut connaître, étudier et peser ; plus que toute autre, ces tumeurs bourgeonnantes et friables sont compliquées d'infection qui retentit sur le reste de l'organisme et s'accompagne souvent de fièvre. Mais c'est aux signes locaux surtout que nous demandons les détails utiles à la détermination opératoire et ces signes sont de deux sortes : l'allure évolutive de la maladie et son degré d'extension.

A part quelques cas exceptionnels de néoplasmes très limités à l'une des parois de l'ampoule, pour lesquels on peut pratiquer une extirpation avec conservation (type Villard), le plus souvent, le cancer de l'ampoule impose une mutilation énorme. C'est en bas le sacrifice de tout l'appareil sphinctérien, en haut la section lointaine du conduit intestinal, pour être certain d'avoir enlevé toutes les traînées lym-

phatiques et les ganglions dégénérés qui s'étagent dans le méso-rectum. Tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître l'amputation abdomino-périnéale comme l'opération rationnelle ; seule la gravité toujours extrême de cette intervention chez l'homme fait admettre par beaucoup d'opérateurs l'amputation élargie par voie périnéale chez les malades du sexe masculin.

Dans tous les cas, chez l'homme comme chez la femme, M. Tixier reste partisan convaincu des avantages de l'anus de dérivation exécuté dans un premier temps.

Au cours de son établissement, grâce à une large laparotomie latérale exploratrice, on peut se rendre exactement compte des lésions ; d'autre part, la dérivation des matières, les grands lavages intestinaux durant une quinzaine de jours permettent la disparition des accidents infectieux locaux, qui doublent ou triplent le volume de la tumeur, d'où une bien plus grande facilité opératoire et un risque moins grand d'accidents septiques.

Dans un deuxième temps est pratiquée l'extirpation large du rectum cancéreux. Voici quelle est, actuellement, la ligne de conduite adoptée par M. Tixier.

A) *Chez la femme.* — Grâce à l'hystérectomie abdominale totale, systématiquement exécutée, les plus gros cancers du rectum peuvent être facilement enlevés par l'amputation abdomino-périnéale. La mortalité est faible. A quel temps faut-il enlever l'utérus ?

Dans une première série de cas, M. Tixier pratiquait l'hystérectomie, la section de l'intestin, aboutissait le bout supérieur à la peau, fermait soigneusement le bout inférieur qu'il enfouissait sous la péritonisation après l'avoir libéré le plus bas possible de ses attaches postérieures. Trois semaines après, on enlevait par le périnée toute la partie inférieure du tube digestif.

Bien que séduisante par son extrême facilité d'exécution, cette façon de procéder présente des inconvénients :

1° Exécution de l'hystérectomie, opération longue, sur des malades atteints d'obstruction intestinale.

2° La libération très poussée du bout inférieur peut amener des phénomènes de nécrose de ce segment enfoui sous le péritoine.

3° Le temps périnéal s'effectue sur une tumeur très infectée.

4° Il peut s'établir entre l'anse et le plafond péritonéal des adhérences qui rendent sa libération dangereuse.

Pour toutes ces raisons, M. Tixier préfère établir dans un premier temps un anus de dérivation par la méthode de Pollosson, réservant à des sujets très résistants et uniquement à des femmes, dont la tumeur est limitée, non infectée, non sténosante, l'opération en un temps : hystérectomie abdominale totale, amputation abdomino-périnéale, fixation du bout supérieur à la paroi.

Si, au contraire, on accepte l'idée de la dérivation préalable, on exécute, dans un deuxième temps, par

laparotomie médiane l'hystérectomie abdominale, avec amputation abdomino-périnéale de la tumeur.

L'opération est terminée par un temps abdominal de péritonisation soigneuse, seul moyen d'exécuter cette dernière de façon suffisante et parfaitement étanche.

Quelle conduite adopter vis-à-vis du bout cœlique ? L'abaisser au périnée ou le fermer en cæcum ? C'est affaire de technique particulière à chacun ; pour nous, toutes les fois qu'il sera possible, nous pratiquerons l'abaissement ; le tube intestinal comble l'énorme brèche et la péritonisation trouve sur lui un solide appui. La cicatrisation crée plus tard un périnée fibreux, qui s'oppose à la cystocèle vaginale toujours menaçante.

Si le bout cœlique est court, après l'avoir obturé, on le couche en travers de la péritonisation qu'il renforce.

B) *Chez l'homme.* — Logiquement, après une dérivation préalable, l'amputation abdomino-périnéale paraît seule indiquée ; en fait, elle donne l'impression d'un danger considérable, que les statistiques récentes, quoique très améliorées, n'arrivent pas à effacer.

Si le sujet est résistant, s'il n'est pas obèse, on peut risquer l'opération abdomino-périnéale, quitte à pratiquer une opération de Hartmann (deuxième manière), si le segment anal sain est suffisamment long. Si l'abdomino-périnéale est possible, on fera l'abaissement, pour combler le vide pelvien ; si l'abaisse-

ment est difficile, on se servira du moignon cœlique pour renforcer la péritonisation.

Mais, dans la plupart des cas, dès que l'homme est âgé et peu résistant, c'est l'opération périnéale seule qui lui convient. On peut enlever ainsi de 18 à 22 centimètres de rectum, dans des conditions satisfaisantes ; l'envahissement de la prostate ne constitue pas une contre-indication.

L'abaissement du bout cœlique est toujours indiqué.

Si compliquée que paraisse cette opération en deux temps (dérivation et exérèse), elle donne une sécurité qu'il est bon de ne pas abandonner pour des exécutions opératoires plus brillantes, mais plus dangereuses.

FERMETURE DE L'ANUS DE DÉRIVATION

Ce troisième temps doit être proposé aux malades lorsque leur appareil sphinctérien a conservé sa constitution anatomique et sa valeur physiologique.

Dans le cas contraire, il semble désavantageux, à cause de l'appareillage et des soins de propreté, d'avoir au périnée un orifice aussi incontinent que celui qu'on veut obturer.

De plus, il nous semble qu'il y a peut-être avantage à laisser pour toujours hors du trajet des matières une région restée malgré tout suspecte.

Peut-être, cette mise au repos retardera-t-elle longtemps l'apparition des récidives, et si celles-ci se produisent, ce ne sera plus alors sur une partie active du tube digestif.

Si la cure est indiquée, de deux choses l'une, ou

bien les deux orifices sont accolés, comme le voulait Pollosson, et, dans ce cas, on peut essayer d'écraser l'éperon avec l'entérotome ; ou bien les deux orifices sont éloignés ; il vaut mieux alors entrer délibérément en péritoine libre et faire une entérectomie. Quel que soit le mode de suture, il sera prudent d'établir une soupape de sûreté pour éviter la distension gazeuse ; on peut alors, après entérorraphie bout à bout, faire une cæcostomie, qui se fermera spontanément par la suite, ou bien essayer du procédé suivant :

Anastomose latéro-latérale, fermeture du bout inférieur, fermeture partielle du bout supérieur, l'orifice restant est muni d'une sonde et fixé à la paroi : il crée un orifice de décompression au niveau même de la région opératoire.

Quoiqu'il en soit, nous regardons la fermeture de l'anus de Pollosson comme exceptionnellement indiquée ; en principe, il est destiné à être définitif, et les résultats que nous allons étudier permettent au chirurgien de le proposer, au malade de l'accepter comme tel.

elle prouve son exactitude par les faits. Les malades qui se suicident pour un anus artificiel ne sont pas fréquents, et ceux qui menacent, de près ou de loin, leur chirurgien de mesure criminelle sont encore plus rares.

Lisez Trélat : Ses malades se contentaient fort bien d'une colotomie lombaire. Verneuil, qui réservait cette localisation postérieure « à ceux qui n'avaient pas encore doublé le cap de Cythère », faisait très bien accepter à ses patients les premiers anus iliaques.

Plus près de nous, Chaput déclare à la Société de Chirurgie de Paris : « Je suis de l'avis des malades et je pense que l'anús sacré est bien préférable à l'anús lombaire. » Actuellement, on veut l'anús péri-méal.

Pour nous, nous voyons nos opérés se contenter de l'anús iliaque d'une façon constante. Une seule fois, et pour un anus latéral, un malade demanda la fermeture... et la regretta, trouvant le fonctionnement de l'ancien défectueux. Nous avons suivi tous nos opérés, nous n'avons jamais appris qu'aucun d'eux se soit suicidé, qu'il ait été ailleurs chercher la cure de son anus, et cette opération ne nous a valu que des remerciements.

C'est au chirurgien à faire l'opinion de son malade. Pour nous, nous croyons assez à l'expérience du résultat fonctionnel pour considérer l'anús terminal iliaque définitif comme un anus compatible avec une vie *absolument normale*.

Et maintenant, envisageons dans un ensemble la question de la dérivation dans le traitement du cancer du rectum. Peut-on dire qu'elle vaille mieux que les autres procédés ? Faut-il la recommander dans tous les cas ? Nous ne voulons, ici, donner aucun chiffre, aucune proportion. Une statistique ne doit pas être faite de chiffres, mais de cas résumés et commentés.

Une statistique est avant tout l'œuvre d'un chirurgien donné, soignant des malades donnés, porteurs de lésions variées, et opérés dans des circonstances particulières.

Dans une statistique, il faut donc comparer des faits et non aligner des chiffres. Il ne faut pas davantage juxtaposer deux statistiques ; elles sont faites de trop d'éléments divers, et la personnalité de l'opérateur qui juge de l'indication est un élément qui s'oppose à tout essai de comparaison.

Ce qu'il faut, c'est exposer une technique donnée, montrer l'esprit dans lequel un chirurgien traite ses malades, analyser les circonstances cliniques où il s'est trouvé et les indications qu'il en a tirées. Hors de cette étude, point de bénéfice : Enumération fastidieuse de chiffres, calcul de pourcentage dépourvu d'éloquence et souvent d'exactitude, telle est la tendance trop souvent admise et contre laquelle on s'élève déjà de différents côtés.

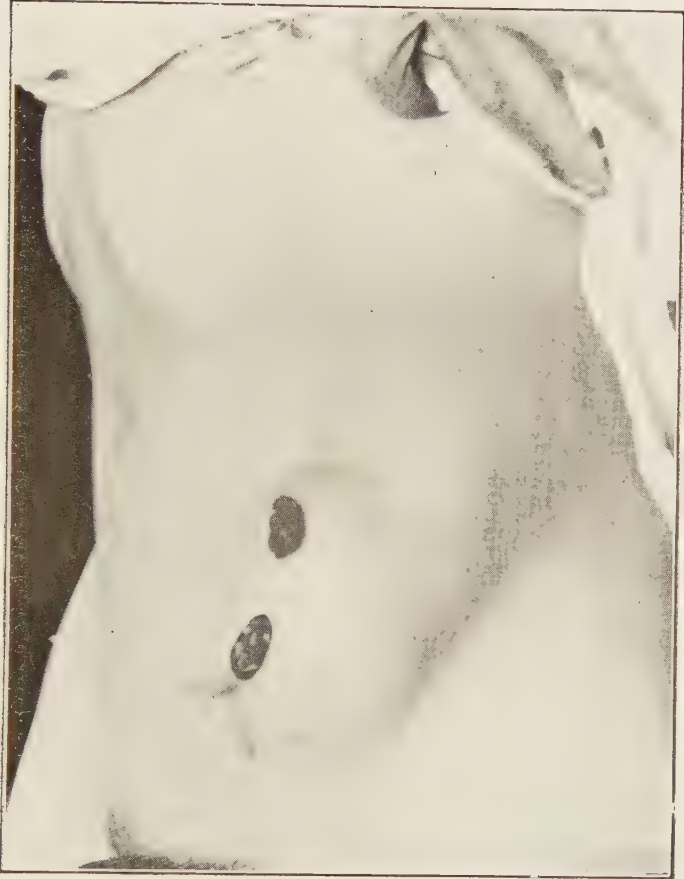
C'est en se plaçant dans les conditions où se trouve un opérateur, c'est en étudiant le cas qui l'a préoccupé, qu'un étranger peut, à son tour, assimiler une

idée, se créer une ligne de conduite, agir enfin de son côté.

Nous serions heureux si ce travail, qui veut ne pas être une critique des autres procédés, mais un exposé impartial de faits, pouvait faire comprendre, par l'étude des circonstances dans lesquelles la dérivation a été exécutée, les inappréciables satisfactions qu'elle réserve au chirurgien et au malade.



Anus de dérivation datant de 3 ans.



Anus de dérivation.

OBSERVATIONS

I. — Opérations palliatives.

I. — Morts des suites de l'opération :

N° 1. D., 65 ans.

Début : diarrhée, ténésme.

Clinique : phénomènes de sténose, énorme cancer de l'ampoule non dépassé au doigt.

Opération : Anus de Pollosson.

Suites : Mort au NEUVIÈME jour.

N° 2. Fri..., 63 ans.

Début : 3 mois, phénomènes de sténose.

Clinique : Subocclusion, mauvais état général.

Examen : Néo-sténosant du haut-rectum.

Opération : A. de P., mort au DIXIÈME jour.

N° 3. Mont..., 62 ans.

Clinique : Occlusion aiguë.

Opération : A. de P. Mort au CINQUIÈME jour.

N° 4. Gru..., 59 ans.

Début : Opéré depuis 7 ans pour cancer rectal, par voie basse (Professeur Poncet).

Clinique : Occlusion datant de 8 jours.

Opération : A. de Poll. Mort au TREIZIÈME jour.

N° 5. Rou..., 63 ans.

Début : Occlusion aiguë, cœcostomie.

Trois mois après : prolapsus.

Opération : A. de Pollosson. Le côlon est rempli de matières fétides.

Mort au HUITIÈME jour.

II. — Survie de six mois au maximum.

N° 6. Boi..., 64 ans.

Début : 2 ans : constipation.

Clinique : phénomènes d'occlusion. Dysurie.

Examen : Néo-sténosant à 4 cm., rectum fixé.

Opérations : Anus de P.

Survie : 7 mois.

N° 7. Cley..., 48 ans.

Clinique : Gros amaigrissement. Absès de la fosse ischio-rectale gauche.

Examen : Néo-bourgeonnant et sténosant de l'ampoule.

Opération : Anus de Pollosson.

Survie : UN mois.

N° 8. Mall..., 60 ans.

Clinique : occlusion subaiguë.

Opération : Anus de P. avec décollement pariétal.

Survie : six mois.

N° 9. Mo..., 32 ans.

Début : 1 an.

Clinique : Amaigrissement, 30 kilos. Subocclusion.

Examen : Néo-bourgeonnant de l'ampoule.

Survie : DEUX mois.

N° 10. Bai..., 67 ans.

Début : environ 1 an.

Clinique : Amaigrissement, douleurs périnéales, pollakiurie.

Examen : Néoplasme de l'ampoule haute.

Opération : A. de Poll.

Survie : CINQ mois.

N° 11. Sal..., 69 ans.

Début : 1 an.

Clinique : Destruction intestinale.

Opération : A. de Poll.

Survie : TROIS mois.

N° 12. Pi..., 65 ans.

Début : 6 mois.

Clinique : Abcès du creux ischio-rectal gauche; ganglions abdominaux.

Opération : Anus de Pollosson, ouverture de l'abcès, envahissement néoplasique.

Survie : TROIS mois.

N° 13. Mai..., 68 ans.

Début : 2 ans.

Clinique : ténésme et douleurs sacrées.

Examen sous anesthésie : envahissement total du rectum, de la prostate, du tissu cellulaire.

Opération : Anus de Pollosson.

Survie : DEUX mois.

N° 14. Bell..., 63 ans.

Début : 8 mois.

Clinique : amaigrissement, 10 kilos.

Examen : sténose du haut rectum.

Opération : A. de P.

Survie : QUATRE mois.

N° 15. Barr..., 61 ans.

Début : 6 mois.

Clinique : amaigrissement 6 kilos, diarrhée.

Examen : Néo-adhérent du haut rectum.

N° 16. Ri..., 72 ans.

Début : 2 ans.

Clinique : douleurs périnéales, incontinence.

Examen : cancer ano-rectal.

Opération : A. de P.

Survie : UN mois.

III. — Survie d'un an et plus.

N° 17. Cha..., 37 ans.

Début : 6 mois.

Clinique : gros amaigrissement, ténésme.

Examen : Néo-bourgeonnant de l'ampoule.

Opération : A. de P.

Survie : UN an, 3 mois.

N° 18. Blan..., 61 ans.

Début : 2 ans.

Clinique : bon état général.

Examen : Néo-annulaire bourgeonnant, limite supérieure non atteinte.

Opération : A. de P.

Survie : DEUX ans, 4 mois.

N° 19. Cha..., 56 ans.

Début : 2 ans.

Clinique : Douleurs, pollakiurie, subocclusion.

Examen : Tumeur bourgeonnante à 2 cm., extrémité supérieure non perçue.

Opération : A. de P. Constate envahissement prostate.

Survie : CINQ ans.

N° 20. Da..., 45 ans.

Début : 11 mois.

Clinique : Gros amaigrissement, douleurs.

Examen : Masse ampullaire bourgeonnante.

Opération : A. de P.

Survie : UN an au minimum.

N° 21. Van..., 60 ans.

Début : 8 mois.

Clinique : Dysurie progressive.

Examen : Tumeur du haut rectum.

Opération : A. de P.

Survie : UN an, 1 mois.

N° 22. Mon..., 69 ans.

Début : 2 ans.

Clinique : Incontinence, sphincter anal.

Examen : Néo-ano rectal à limite supérieure imprécise.

Opération : A. de P.

Survie : DEUX ans.

N° 23. Cord..., 66 ans.

Début : 1 an.

Clinique : rectorragies.

Examen : Néo de l'ampoule adhérent à la prostate.

Opération : A. de P.

Survie : UN an, 6 mois.

N° 24. Terr..., 58 ans.

Début : 2 ans.

Clinique : Amaigrissement, 25 kilos, obstruction.

Examen : Néo recto-sigmoïde.

Opération : A. de P., néo adhérent à la vessie.

Survie : UN an.

N° 25. Lav...

Clinique : subocclusion.

Examen : énorme cancer de l'ampoule.

Opération : A. de P.

Survie : UN an et plus.

N° 26. B..., 75 ans.

Examen : énorme cancer inextirpable.

Opération : A. de P.

Survie : DEUX ans.

N° 27. Rey..., 50 ans.

Début : 1 an.

Clinique : pollakiurie, ténésme, subocclusion.

Examen : Cancer du haut rectum.

Opération : Anus de Pollosson.

Survie : UN an.

N° 28. Bai..., 58 ans.

Début : 2 ans.

Clinique : Gros amaigrissement, épreintes.

Examen : Néoplasme de l'ampoule, infiltration recto-vaginale.

Opération : Anus de Pollosson.

Survie : TROIS ans, vit actuellement (voir photographies).

II. - Dérivation et exérèse.

I. — Mort des suites opératoires.

N° 29. O..., 62 ans.

Début : 2 ans.

Clinique : Subocclusion.

Toucher : énorme cancer de l'ampoule, non dépassé au doigt.

Examen : Cancer recto-sigmoïde.

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Abdomino-périnéale avec hystérectomie.

Survie : Morte d'occlusion en quelques jours.

N° 30. Bonn..., 50 ans.

Début : 3 mois.

Clinique : Amaigrissement, douleurs.

Examen : Néoplasme recto-sigmoïde.

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Abdomino-périnéale.

Survie : Décès immédiat.

N° 31. Rey...

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Abdomino-périnéale.

Survie : Mort de péritonite en quelques jours.

N° 32. B...

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Amputation de Lisfranc.

Survie : UN jour.

N° 33. Co...

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Entérectomie et invagination.

Survie : TROIS jours.

N° 34. Boi...

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Abdomino-périnéale.

Survie : Morte en 10 jours.

N° 35. Lhen...

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Hystérectomie, opération abdomino-périnéale.

Survie : Décès en 5 jours

II. — Survie de six mois au maximum.

N° 36. Gen..., 61 ans.

Début : 2 mois.

Clinique : bon état général, ténésme.

Examen : Tumeur sténosante du haut rectum.

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Lisfranc-Verneuil avec abaissement.

Survie : six mois.

N° 37. Beau..., 66 ans.

Début : 4 mois.

Clinique : Gros amaigrissement, 11 kilos, dysenterie.

Examen : Tumeur ulcéreuse à 12 cm., prostate suspecte.

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Lisfranc-Verneuil.

Survie : six mois (envahissement de l'anus).

III. — Survie de plus d'un an.

N° 38. Be..., 65 ans.

Clinique : Entérite, dysurie.

Examen : Adhérences à la prostate.

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Lisfranc-Verneuil avec ablation de la prostate.

Survie : TROIS ans.

N° 39. Me..., 62 ans.

Clinique : Subocclusion.

Examen : Cancer du haut rectum.

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Lisfranc-Verneuil.

Survie : DIX-NEUF mois.

N° 40. R..., 60 ans.

Clinique : Dysenterie.

Examen : Cancer de l'ampoule.

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Lisfranc-Verneuil.

Survie : Plus de DEUX ans.

N° 41. Cha..., 58 ans.

Début : 1 an.

Clinique : Dysenterie.

Examen : Cancer de l'ampoule fixé au sacrum.

Première opération : Anus de Pollosson.

Première opération : Hystérectomie, entérectomie, enteroraphie.

Survie : ONZE ans, vit encore avec son anus.

N° 42. Lar..., 55 ans.

Début : 4 mois.

Clinique : Ténésme considérable (20 à 30 selles par jour).

Examen : Masse bourgeonnante dans l'ampoule.

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Lisfranc-Verneuil.

Survie : UN an (vit encore).

N° 43. Bar..., 65 ans.

Début : 3 mois.

Clinique : Ténésme, amaigrissement.

Examen : Néo de l'ampoule, prostate envahie.

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Prostate libérée, Lisfranc-Verneuil.

Survie : UN an.

N° 44. Des..., 49 ans.

Début : 2 ans.

Clinique : Hémorragie.

Examen : Tumeur de l'ampoule.

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Lisfranc-Verneuil.

Survie : UN an, 6 mois.

N° 45. Juy..., 55 ans.

Début : 6 mois.

Clinique : Douleurs lombaires.

Examen : Cancer ano-rectal.

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Lisfranc-Verneuil.

Survie : UN an.

N° 46. Tra..., 58 ans.

Début : 2 ans.

Clinique : Dysenterie, dysurie.

Examen : Tumeur sténosante à 3 cm.

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Abdomino-périnéale.

• *Survie* : UN an, 4 mois.

N° 47. Ch., 49 ans.

Début : 2 ans.

Clinique : Subocclusion, amaigrissement énorme (20 k.).

Examen : Cancer recto-sigmoïdien.

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Lisfranc-Verneuil.

Survie : TROIS ans.

N° 48. Pec..., 47 ans.

Début : 1 an.

Clinique : Bon état général, pollakyurie.

Examen : Tumeur bourgeonnante à 1 cm.

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Lisfranc-Verneuil et abaissement.

Survie : QUATRE ans, 2 mois (actuellement vivante).

N° 49. O..., 62 ans.

Début : 1 an.

Clinique : Hémorragie, très mauvais état général, malade inopérable.

Examen : Tumeur de l'ampoule, cloison recto-vaginale atteinte.

Première opération : Anus de Pollosson.

Deuxième opération : Application de radium = arrêt des hémorragies.

Troisième opération : Lisfranc-Verneuil. Tumeur réduite à la dimension d'une pièce de 2 francs.

Survie : QUATRE ans.

CONCLUSIONS

I. — Le principe de la dérivation dans le traitement du cancer du rectum est l'œuvre de Maurice Pollosson.

II. — Elle consiste dans la section du côlon sigmoïde, avec abouchement des deux bouts intestinaux à la peau.

III. — L'établissement de l'anús de dérivation permet, par une large laparotomie, l'exploration méthodique de la lésion.

IV. — La dérivation est indiquée :

1° Dans les cas de tumeurs inextirpables ;

2° Dans le cancer de l'ampoule, seule la dérivation préalable, en mettant l'intestin au repos, permet de délimiter exactement les lésions et de prendre une décision opératoire convenable.

V. — Si l'établissement de l'anús est suivi ultérieurement d'exérèse, celle-ci n'est nullement gênée par la première opération.

VI. — Même après exérèse de la tumeur, la conservation de l'anus iliaque à titre définitif est à conseiller dans la majorité des cas.

VII. — En aucun cas, l'opération de Pollosson ne saurait être considérée comme une opération d'urgence.

VIII. — Résultats : 1° Localement, la dérivation amène toujours la disparition des phénomènes infectieux surajoutés ;

2° Elle permet une amélioration rapide de l'état général.

A cause de cela, les malades, jugés d'abord inopérables, ont pu bénéficier de l'exérèse.

3° Même comme opération palliative, la dérivation a été suivie de survies importantes.

4° Au point de vue fonctionnel, l'anus artificiel par la méthode de Pollosson ne crée nullement une infirmité et permet aux opérés une vie extrêmement active, sans que le port d'un appareil soit obligatoire.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

L. TIXIER.

Vu :

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 mai 1925

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

